

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

NICOLAS DE OLIVEIRA CARDOSO

***THE STIGMA SCALE: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO
E PRIMEIRAS EVIDÊNCIAS DE VALIDADE***

2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

***THE STIGMA SCALE: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O
PORTUGUÊS BRASILEIRO E PRIMEIRAS EVIDÊNCIAS DE VALIDADE***

NICOLAS DE OLIVEIRA CARDOSO

Porto Alegre
Janeiro, 2019

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

***THE STIGMA SCALE: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O
PORTUGUÊS BRASILEIRO E PRIMEIRAS EVIDÊNCIAS DE VALIDADE***

NICOLAS DE OLIVEIRA CARDOSO

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON

Dissertação de Mestrado realizada na Área de Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Escola de Ciências da Saúde na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Porto Alegre
Janeiro, 2019

Ficha Catalográfica

C268s Cardoso, Nicolas de Oliveira

The Stigma Scale adaptação transcultural para o português brasileiro e primeiras evidências de validade / Nicolas de Oliveira Cardoso . – 2019.

185 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon.

1. Estigma da doença mental. 2. Escala de Estigma. 3. Adaptação. 4. Validação. I. Argimon, Irani Iracema de Lima. II. Título.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

***THE STIGMA SCALE: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA O
PORTUGUÊS BRASILEIRO E PRIMEIRAS EVIDÊNCIAS DE VALIDADE***

NICOLAS DE OLIVEIRA CARDOSO

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Orientadora – Presidente

Prof^ª. Dra. Alice Hirdes

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/Canoas)

Prof^ª. Dra. Camila Rosa de Oliveira

Faculdade Meridional (IMED)

Porto Alegre

Janeiro, 2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos meus pais, Débora e Eduardo e ao meu avô Lucas de Oliveira os quais sempre forneceram suporte afetivo e estimularam meu desenvolvimento pessoal e profissional. Aos professores do curso de graduação em psicologia da ULBRA/Gravataí, as professoras Claudia Mazoni, Claudia Bernardi e ao professor Vinicius Tonollier Pereira, por todo o incentivo e todas as oportunidades que tornaram possível minha inserção no meio acadêmico. Ao colega Paulo Lopes, à Dra. Regina Lopes, Dra. Helena Barros e Dra. Luana Freese por terem acreditado em meu potencial. Aos colegas Luís Henrique Costa Garcia e Júlio de Oliveira por todos os momentos de descontração e sábios conselhos ao longo dos anos. À professora Irani Argimon que me acolheu em seu grupo de pesquisa e contribuiu para meu desenvolvimento como pesquisador e como ser humano, sendo meu modelo de humanidade e humildade. Ao grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital, especialmente as colegas Thaís Landenberger Kudriess, Ângela Grizon e os colegas Alan Bastos e Alejandro Mena por todas as risadas, parcerias em publicações e auxílio durante esses anos. Ao Dr. Breno Sanvicente Vieira por todo apoio durante o mestrado, por acreditar em meu potencial e auxiliar em meu desenvolvimento como pesquisador, visando que me torne o melhor que posso ser. Ao professor Wagner Machado pelo incentivo ao estudo de análises estatísticas avançadas e as parcerias ao longo do mestrado. As professoras que aceitaram ser parte da banca de qualificação e da banca examinadora, Prof^a. Tatiana Irigaray, Prof^a. Camila de Oliveira e Prof^a. Alice Hirdes pelo conhecimento compartilhado. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por terem financiado parte deste estudo. Por fim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para este trabalho.

“O mundo estaria salvo se a preocupação com a saúde mental fosse levada tão a sério quanto à saúde financeira, física e social.”

(Autor desconhecido)

RESUMO

Estudos apontam que o estigma da doença mental (EDM) é um agravante dos transtornos mentais. O estigma social inibe a busca e reduz a taxa de adesão aos tratamentos psicoterápicos e farmacológicos. No entanto, mensurar o EDM é uma tarefa complexa, visto que existem múltiplas formas de estigma e opiniões divergentes sobre qual tipo de estigma um instrumento pode mensurar em determinada população. Essa tarefa é ainda mais desafiadora no Brasil, pois até onde se tem conhecimento, ainda não existe um instrumento capaz de avaliar as percepções e as experiências de EDM vivenciadas por pessoas com transtorno mental. Sendo assim, um instrumento capaz de mensurar o EDM pode contribuir para o planejamento de intervenções capazes de reduzir o EDM e aumentar a busca e a adesão aos tratamentos, favorecendo a saúde mental da população brasileira. Desta forma, a presente dissertação teve como objetivo realizar a adaptação transcultural da Escala de Estigma da Doença Mental (EEDM) para o português do Brasil e obter suas primeiras evidências de validade. No primeiro estudo, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, a qual seguiu as etapas sugeridas pelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), objetivando identificar quais os instrumentos mais utilizados para a mensuração do estigma percebido e experienciado e verificar quais as principais variáveis intervenientes nos estudos do EDM. No segundo estudo, foi realizada a adaptação transcultural da EEDM e obtidas suas primeiras evidências de validade psicométrica. As etapas metodológicas seguidas foram: 1) obtenção da permissão para adaptação; 2) tradução do instrumento; 3) síntese e avaliação por especialistas; 4) retrotradução e avaliação por especialistas; 5) estudo piloto. O índice de confiabilidade entre os avaliadores ($n = 3$) foi mensurado através do índice *Light's Kappa*. A amostra do estudo piloto foi composta por 23 adultos (18-61 anos). A consistência interna da EEDM foi

estimada por meio de matrizes de correlações policóricas dos itens e do coeficiente *Alpha* de Cronbach ordinal. Os resultados apontam que a EEDM apresenta boas evidências de validade de conteúdo ($k = 0,81$) e consistência interna ($\alpha = 0,87$). Contudo, destaca-se que estes dados psicométricos, embora promissores, ainda são preliminares. Sendo assim, novas pesquisas devem ser realizadas com a EEDM, levando em consideração outros contextos culturais a nível nacional, visando confirmar e expandir as conclusões desta dissertação.

Palavras-chave: Estigma da doença mental; Escala de Estigma; Adaptação; Validação.

ABSTRACT

Studies suggest that the mental illness stigma (MIS) is an aggravating factor for mental disorders. Social stigma inhibits the search and reduces the rate of adherence to psychotherapeutic and pharmacological treatments. However, measuring MIS is a complex task, since there are multiple forms of stigma and divergent opinions about what type of stigma an instrument can measure in a particular population. This task is even more challenging in Brazil, because as far as we know, there is no instrument capable of evaluating the perceptions and experiences of MIS lived by people with mental disorders. Thus, an instrument capable of measuring MIS can contribute to the planning of interventions capable of reducing MIS and increasing the search and adherence to treatments, supporting the mental health of the Brazilian population. Thus, the present dissertation had as objective the transcultural adaptation of the Stigma Scale of Mental Illness (SSMI) to Brazilian Portuguese and to obtain its first evidences of validity. In the first study, a systematic review was conducted following the steps suggested by PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), aiming to investigate which psychometric instruments are most utilized in the measurement of perceived and experienced stigma and to verify the main intervenient variables involved in the MIS studies. In the second study, the transcultural adaptation of SSMI was performed and its first psychometric validity evidences were obtained. The methodological steps followed were: 1) obtaining permission to adapt; 2) translation of the instrument; 3) synthesis and evaluation by specialists; 4) back-translation and specialists' evaluation; 5) pilot study. The reliability index among the specialists ($n = 3$) was measured using the Light's Kappa index. The pilot study sample consisted in 23 adults (18-61 years). The internal consistency of the SSMI was estimated by means of polycory correlation matrices of the items and the ordinal

Cronbach Alpha coefficient. The findings suggest that the SSMI show good evidence of content validity ($k = 0.81$) and internal consistency ($\alpha = 0.87$). However, it is noteworthy that, although promising, these psychometric data are still preliminary. Therefore, new surveys with the SSMI that take into account other cultural contexts at national level are needed in order to confirm and expand the conclusions of this dissertation.

Keywords: Mental Illness Stigma; Stigma Scale; Adaptation; Validation.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	12
Estigma e Saúde Mental	13
<i>The Stigma Scale</i>	17
SEÇÃO TEÓRICA.....	24
Artigo I - Measures of Perceived and Experienced Stigma in Adults Living With Mental Illness: A Systematic Review	24
SEÇÃO EMPÍRICA.....	68
Artigo II – Adaptação Transcultural da <i>The Stigma Scale</i> para o Português Brasileiro: estudo piloto.....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
APÊNDICES	95
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ULBRA).....	96
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (PUCRS).....	99
APÊNDICE C – Modelo de Registro de Consentimento para Estudos Online.....	102
APÊNDICE D – Questionário Sociodemográfico e de Saúde	103
APÊNDICE E – Capítulo “Reserva cognitiva: fatores associados ao longo do ciclo vital”.....	105
APÊNDICE F – Artigo “Efectos de los géneros de videojuegos en la cognición de adultos sanos: una revisión sistemática”	122
APÊNDICE G – Artigo “Autoritarismo e Orientação à Dominância Social em Adolescentes: uma revisão sistemática”	139
ANEXOS	166
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP (PUCRS)	167
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP (ULBRA).....	170
ANEXO C – <i>The Stigma Scale</i> (versão original).....	177
ANEXO D – Escala de Autoestima de Rosenberg.....	178
ANEXO E – Índice de Religiosidade da Universidade Duke	179
ANEXO F – Autorização Para Tradução e Adaptação da <i>The Stigma Scale</i> Pelos Autores.....	180
ANEXO G – Avaliação da Versão Retrotraduzida da <i>The Stigma Scale</i> Pelos Autores.....	181
ANEXO H – Comprovante de submissão do artigo “ <i>Measures of Perceived and Experienced Stigma in Adults Living With Mental Illness: A Systematic Review</i> ” ...	183
ANEXO I – Comprovante de submissão do artigo “Adaptação Transcultural da <i>The Stigma Scale</i> para o Português Brasileiro: estudo piloto”	184
ANEXO J – Comprovante de Aceite do Capítulo “Reserva cognitiva: fatores associados ao longo do ciclo vital”	185
ANEXO K – Comprovante de submissão do artigo “Autoritarismo e Orientação à Dominância Social em Adolescentes: uma revisão sistemática”	186

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado está vinculada ao grupo de pesquisa “Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital – AICV”, coordenado pela Prof^ª. Dr. Irani Iracema de Lima Argimon, inserido na área de psicologia clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Escola de Ciências da Saúde na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Este estudo visa adaptar transculturalmente e apresentar as primeiras evidências de validade da *The Stigma Scale* para o português brasileiro, estando, portanto, integrado na linha de pesquisa “adaptação, construção e validação de instrumentos” do grupo AICV. Esta dissertação é composta por dois estudos: 1) estudo teórico de revisão sistemática da literatura intitulado “*Measures of Perceived and Experienced Stigma in Adults Living With Mental Illness: A Systematic Review*”, submetido para a Revista *Archives of Psychiatric Nursing* (Classificação A1, *Qualis Periódicos*); e 2) estudo empírico com os resultados da adaptação transcultural intitulado “*Adaptação Transcultural da The Stigma Scale para o Português Brasileiro: estudo piloto*” submetido para a revista *Avaliação Psicológica* (Classificação A2, *Qualis Periódico*).

Durante o mestrado, ainda, foi produzido um capítulo de livro intitulado “*Reserva cognitiva: fatores associados ao longo do ciclo vital*” em processo de edição para o livro “*Promoção de saúde no Ciclo Vital: possibilidades de avaliação, prevenção e intervenção clínica*” (APÊNDICE E). Também foram produzidos outros dois artigos teóricos intitulados “*Efectos de los géneros de videojuegos en la cognición de adultos sanos – una revisión sistemática*” (APÊNDICE F) o qual foi publicado na revista *Neuropsicologia Latinoamericana* (Classificação B1, *Qualis Periódico*). E “*Autoritarismo e Orientação à dominância social em adolescentes: Uma revisão*

sistemática“ (APÊNDICE G), submetido para a revista *Psicologia: Ciência e Profissão* (Classificação A2, *Qualis Periódico*).

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais apresentam inúmeros prejuízos psicológicos, sociais e físicos, tanto para a pessoa com a patologia quanto aos familiares e cuidadores do indivíduo. O estigma é um dos fatores que contribui para o agravamento de quadros psicopatológicos (Gumus, Dikec, & Ergun, 2017). O termo estigma tem origem grega e era utilizado para classificar indivíduos que apresentavam alguma diferença física. Essa diferenciação era diretamente associada ao *status* social do indivíduo, podendo representar atribuições positivas ou negativas. Na era cristã essa terminologia foi adotada pela igreja católica para se referir aos indivíduos que apresentavam sinais corporais de graça divina, como as chagas de Cristo (Goffman, 1988; Littlewood & Jhadaw, 2007).

Em oposição à visão religiosa, a medicina da época fazia uso do mesmo termo como definição de sinais de doença física (e.g. doenças de pele). A partir do século XX, sem destoar muito de sua origem, o termo estigma passa a ser utilizado para definir comportamentos que diferem daqueles exibidos pela maior parte da população, os quais comumente são vistos de maneira negativa e depreciativa, ocasionando na exclusão dos indivíduos que apresentam comportamentos atípicos da sociedade “comum” (Goffman, 1988; Littlewood & Jhadaw, 2007).

O estigma surge por meio de representações cognitivas e, atualmente, é associado à discriminação e preconceito, contra um indivíduo ou grupo de indivíduos, normalmente minorias (Bos, Pryor, Reeder, & Stutterheim, 2013; Lima & Lopes, 2012; Regnerus, 2017). É importante ressaltar que o estigma se trata de um fenômeno social,

logo, um grupo estigmatizado em uma sociedade pode não ser em outra (Corrigan & Watson, 2002; Goffman, 1988).

Estigma e Saúde Mental

Embora não se trate de um conceito novo, a maior parte dos estudos sobre o estigma da doença mental (EDM) foram realizados nas duas últimas décadas (Cardoso, Vieira, Ferracini, & Argimon, no prelo; Fox, Earnshaw, Taverna & Vogt, 2017; Wei, McGrath, Hayden, & Kutcher, 2017). Um dos fatores que contribuem para o descaso com a saúde mental é justamente a representação social. Muitas vezes os próprios indivíduos com transtornos mentais apresentam alguma forma de estigma, fazendo com que não procurem ajuda, até o ponto que necessitam procurar em decorrência das consequências causadas pelo agravamento dos sintomas iniciais (Henderson, Evans-Lacko, & Thornicroft, 2013).

Recentemente, o governo federal brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, emitiu um documento intitulado “Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde”, o qual é dividido em subagendas classificadas por ordem de prioridade. De acordo com este documento, a saúde mental é a segunda prioridade de pesquisa na área da saúde. O estigma é um dos enfoques sugeridos para estudo dentro da subagenda destinada a pesquisas no campo da saúde mental (Brasil, 2015).

Contudo, cabe ressaltar que o estigma é um conceito complexo, e utilizado em campos distintos, principalmente nos estudos de pacientes com HIV/AIDS (Hayes-Larson et al., 2017), minorias (Regnerus, 2017) e doença mental (Kao et al., 2017). Estas e outras linhas, nas quais o conceito estigma é utilizado, apresentam opiniões divergentes sobre a definição das subdivisões do estigma (Fox et al., 2017).

Com o intuito de facilitar o entendimento da temática e utilizar embasamento teórico atualizado, optamos pela utilização do modelo teórico proposto por Fox et al.

(2017), que realizaram uma revisão sistemática sobre o EDM e propuseram um novo modelo de estrutura conceitual (*The Mental Illness Stigma Framework - MISF*), como tentativa de clarificar e unificar as subdivisões deste vasto campo teórico (Figura 1).

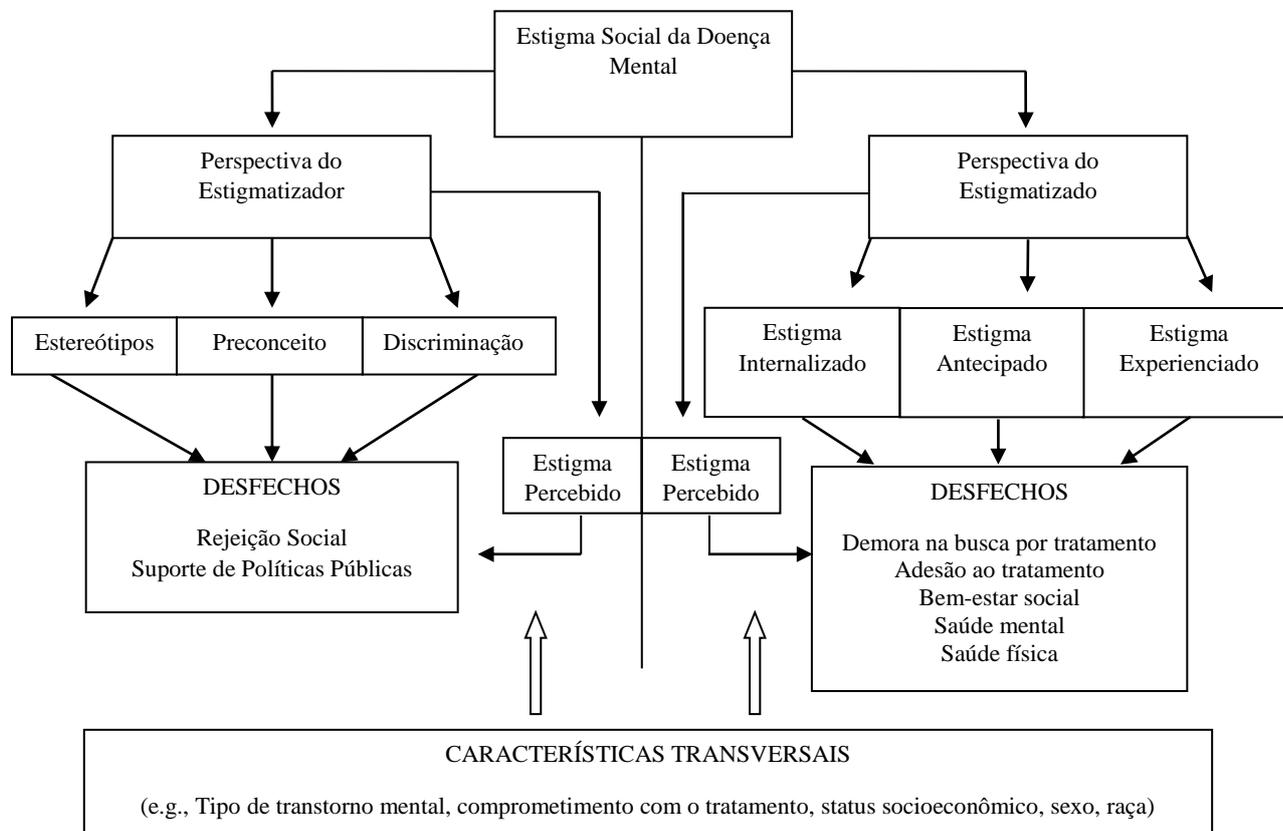


Figura 1. Estrutura do estigma da doença mental (*MISF*)

Fonte: Tradução livre de Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E., & Vogt, D. (2017). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and Health. Advance online publication.*

Dentro desta perspectiva, o EDM, tem sua origem na cultura social (Fox et al., 2017). Estando este modelo em acordo com o ponto de vista de outros autores clássicos (Corrigan & Watson, 2002; Goffman, 1988). Sendo assim, observa-se a existência de um consenso sobre a origem do estigma.

Conforme exposto na Figura 1, o EDM costuma ser dividido em duas grandes categorias: perspectiva dos estigmatizadores (público geral que nunca teve diagnóstico de doença mental) e perspectiva do estigmatizado (indivíduos com doença mental ou

com histórico progresso de transtorno mental). O estigma percebido é uma característica presente tanto no estigmatizador como no estigmatizado e é definido com base na percepção social dos estereótipos, preconceito e discriminação (Fox et al., 2017).

O termo estigma social da doença mental (Fox et al., 2017), também chamado de estigma público (Bos et al., 2013; Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2002) é utilizado para definir a visão da sociedade (estigmatizadores) frente a indivíduos com transtorno mental (Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2002). Esta visão é dividida em três categorias: estereótipos (crenças ou esquemas cognitivos), preconceito (emoções normalmente negativas) e discriminação (comportamento diferenciado e injusto), o que comumente ocasiona em rejeição social (Corrigan & Watson, 2002; Fox et al., 2017). Além disso, os estigmatizadores não costumam concordar e seguir diretrizes de políticas públicas específicas para pessoas com transtorno mental (Fox et al., 2017).

Por outro lado, a perspectiva dos indivíduos estigmatizados é dividida em três categorias: estigma internalizado, estigma antecipado e estigma experienciado (Fox et al., 2017). Esse último é caracterizado pelas experiências relacionadas a estereótipos, preconceito ou discriminação sofrida ao longo da vida (Fox et al., 2017; Wahl, 1999). Já o estigma antecipado, também chamado de “sentir estigma” (*Felt Stigma*) é descrito como a expectativa de vir a ser vítima de estereótipos, preconceito ou discriminação no futuro, podendo estar presente tanto em indivíduos com experiências progressas com o estigma, como naqueles que ainda não passaram por essas experiências (Bos et al., 2013; Fox et al., 2017).

Por fim, o estigma internalizado é um conceito complexo e responsável por diversas discussões sobre sua definição e extensão (Corrigan, Watson, & Barr 2006; Link, 1987; Tucker et al., 2013). Essas discussões estão presentes até mesmo na nomenclatura utilizada, visto que um dos primeiros estudos sobre o assunto utilizava o

termo autodepreciação (*Self-Devaluation*) (Link 1987), comumente conhecido, até 2003, como auto estigma (*Self-Stigma*) (Corrigan & Watson, 2002; Dickerson, 1998). Com o novo milênio, surge uma nova nomenclatura e uma nova escala psicométrica para mensurar este conceito, a *Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)* (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003). Independentemente da nomenclatura adotada, esse conceito é utilizado para definir a internalização dos estereótipos, preconceitos e discriminações sociais ao *self* (si próprio) (Corrigan & Watson, 2002; Fox et al., 2017).

Tal fenômeno está comumente associado à visão negativa de si e do mundo, sendo comum a presença do estigma internalizado em pacientes com sintomatologia depressiva (Boyd, Otilingam, & Deforge, 2014). O estigma internalizado costuma estar associado à baixa adesão a tratamentos psicológicos devido a crenças de desvalor (Corrigan & Roa, 2012; Boyd et al., 2014). Contudo, esse tipo de estigma não acomete todos os pacientes psiquiátricos que já sofreram ou sofrem discriminação, estando diretamente relacionado à autoestima (*Selfsteem*) de cada indivíduo (Corrigan & Watson, 2002; Firmin et al., 2017; Fox et al., 2017). Da mesma forma, nem todas as pessoas que deixam de buscar por tratamento psicológico/psiquiátrico internalizaram alguma forma de estigma (Tucker et al., 2013).

Dentro do campo do EDM, o conceito de estigma internalizado é comumente confundido com o estigma de buscar por ajuda psicológica (*Help-seeking*) desde o surgimento destes conceitos (Link, 1987; Tucker et al., 2013). Na verdade, Link (1987) englobava esta segunda terminologia como um meio de análise do estigma internalizado, ou seja, se um indivíduo deixa de buscar tratamento para sua patologia, ele possivelmente possui altos níveis de estigma internalizado.

Não há dúvidas de que o estigma internalizado pode influenciar a busca por tratamento psicológico, especialmente em pacientes depressivos (Corrigan & Roa,

2012; Boyd et al., 2014). Contudo, embora uma revisão sistemática e metanálise recentemente conduzida por Haugen, McCrillis, Smid, e Nijdam (2017) evidencie que muitos estudos ainda adotam a visão de Link (1987), existem fortes evidências psicométricas de que estes dois constructos são diferentes e independentes (Tucker et al., 2013). Sendo sugerido por Bos et al. (2013) que o comportamento de buscar ou não por tratamento psiquiátrico estaria mais relacionado ao estigma antecipado do que ao internalizado.

Ressalta-se, ainda, a existência de outro paradoxo relacionado ao estigma internalizado associado à maneira como o estigma é vivenciado por cada indivíduo. Sendo que alguns se sentirão prejudicados e internalizarão o estigma social, outros se sentirão com o direito de ter raiva (*righteous anger*) e reagirão contra a injustiça que estão sofrendo. Existem ainda aqueles que demonstram total indiferença (Corrigan & Watson, 2002). Este paradoxo está associado à resistência ao estigma (*Stigma resistance*), originalmente descrito como o processo de não internalizar o estigma (Ritsher & Phelan, 2004). Atualmente este conceito é definido como um processo ativo e contínuo de uso de habilidades, conhecimentos e experiências para combater o estigma em nível pessoal e público (Firmin et al., 2017). Em síntese, observa-se que a literatura sobre o EDM não é totalmente clara, descrevendo e medindo estes constructos de formas distintas (Fox et al., 2017; Tucker et al., 2013).

The Stigma Scale

Embora existam mais de 400 instrumentos desenvolvidos para mensurar o EDM (Fox et al., 2017), poucos destes foram utilizados em cinco ou mais estudos (Cardoso et al., no prelo), sendo um deles a *The Stigma Scale* (SS) (King et al., 2007). A SS foi desenvolvida na Inglaterra por King et al. (2007) após a constatação de que existia um

consenso na literatura sobre a importância de se estudar o EDM. No entanto, ainda era difícil mensurar precisamente esse constructo.

Os itens desta escala foram construídos por meio de um estudo prévio dos mesmos autores, o qual avaliou de forma qualitativa a associação entre o diagnóstico, tratamento recebido (médico e social) e o estigma individual de 46 indivíduos com transtorno mental (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004). Além desse estudo, alguns itens também foram elaborados com base na *ISMI*, a qual, embora utilizada desde 2003, apresentava baixo índice de confiabilidade, visto que as evidências psicométricas foram construídas com base em dados obtidos de apenas 16 participantes (Ritsher et al., 2003; King et al., 2007).

Inicialmente, foram desenvolvidos 42 itens, a serem respondidos em um formato de escala *Likert* (cinco pontos), indo de “Concordo plenamente” até “Discordo plenamente”. Contudo, após realização de um estudo com 193 participantes, observou-se que alguns destes itens não mensuravam de forma eficaz os constructos da escala. Após a exclusão de algumas afirmações, a versão final da escala foi composta por 28 itens, apresentando um Alpha de Cronbach de 0.87 (King et al., 2007).

Estes itens são divididos em três subescalas: 1) Discriminação ($\alpha = 0.87$); 2) Revelação ($\alpha = 0.85$); e 3) Aspectos positivos ($\alpha = 0.64$). A primeira subescala é composta por 13 itens, os quais discorrem sobre a percepção de ter sido hostilizado por terceiros, ou ter perdido oportunidades (sociais e profissionais) devido a atitudes preconceituosas. A segunda é constituída por 10 afirmações relacionadas à revelação de sua condição psicopatológica para terceiros. A terceira é composta por cinco itens que contemplam os possíveis aspectos positivos de ter experienciado uma doença mental (e.g. se tornar uma pessoa mais compreensiva) (King et al., 2007).

Levando em consideração este cenário, assim como a escassez de instrumentos adaptados e/ou validados para mensuração do EDM no Brasil (Cardoso et al., no prelo), esse estudo objetiva adaptar transculturalmente e apresentar as primeiras evidências de validade da *The Stigma Scale* para o português brasileiro. Para além da contribuição de acréscimo de uma medida de avaliação do EDM, pretende-se contribuir para o planejamento de novas políticas públicas de saúde que visem o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos acometidos por transtornos mentais. Assim como aderir e contribuir com a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Brasil, 2015).

Referências

- Brasil. (2015). *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. Recuperado de <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>
- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology, 35*(1), 1–9. doi: 10.1080/01973533.2012.746147
- Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & Deforge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 37*(1), 17–23. doi: 10.1037/prj0000035
- Cardoso, N. O., Vieira, B. S., Ferracini, I. M., & Argimon, I. I. L. (no prelo). Measures of Perceived and Experienced Stigma in Adults Living With Mental Illness: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*.

- Corrigan, P. W., & Roa, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, *57*(8), 464–469. doi: 10.1177/070674371205700804
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(8), 875–884. doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(1), 35–53. doi: 10.1093/clipsy.9.1.35
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science & Practice*, *7*(1), 48–67. doi: 10.1093/clipsy.7.1.48
- Dickerson, F. B. (1998). Strategies that foster empowerment. *Cognitive and Behavioral Practice*, *5*(2), 255-275. doi: 10.1016/S1077-7229(98)80010-2
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, *184*(2), 176-181. doi: 10.1192/bjp.184.2.176
- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., McGrew, J. H., Cornwell, M. N., & Salyers, M. P. (2017). Stigma resistance at the personal, peer, and public levels: A new conceptual model. *Stigma and Health*, *2*(4), 182-194. doi: 10.1037/sah0000054
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E., & Vogt, D. (2017). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and Health*, *3*(4), 348-376. doi: 10.1037/sah0000104

- Goffman, E. (1988). *estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4^a ed. São Paulo: LTC.
- Gumus, F., Dikec, G., & Ergun, G. (2017). Relations Among Internalized Stigmatization, Depressive Symptom Frequency and Family Loading in First-degree Caregivers of the Patients Treated in the Psychiatry Clinic of a State Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5), 522–527. doi: 10.1016/j.apnu.2017.05.003
- Haugen, P. T., McCrillis, A. M., Smid, G. E., & Nijdam, M. J. (2017). Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* 94, 218-229. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.001
- Hayes-Larson, E., Hirsch-Moverman, Y., Saito, S., Frederix, K., Pitt, B., Maama-Maime, L., & Howard, A. A. (2017). Depressive symptoms and hazardous/harmful alcohol use are prevalent and correlate with stigma among TB-HIV patients in Lesotho. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(11), 34-41. doi: 10.5588/ijtld.17.0062
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780. doi: 10.2105/AJPH.2012.301056
- Kao, Y. C., Lien, Y. J., Chang, H. A., Tzeng, N. S., Yeh, C. B., & Loh, C. H. (2017). Stigma Resistance in Stable Schizophrenia: The Relative Contributions of Stereotype Endorsement, Self-Reflection, Self-Esteem, and Coping Styles. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(10), 735-744. doi: 10.1177/0706743717730827

- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passeti, F., . . . Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, *190*(3), 248-254. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024638
- Littlewood, R., & Jadhav, S. (2007). A Cross-National Study of the Stigmatization of Severe Psychiatric Illness: Historical Review, Methodological Considerations and Development of the Questionnaire. *Transcultural Psychiatry* *44*(2), 171-202. doi: 10.1177/1363461507077720
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, *52*(1), 96–112. doi: 10.2307/2095395
- Lima, C. A. M., & Lopes, E. S. T. (2012). Systematic review on origin of stigma and discrimination against old persons with mental disorders. *Psychogeriatría polska*, *9*(3), 87-106. Recuperado de http://fozp.org.pl/pdf/9_3/01_pgp_9_3_lima.pdf
- Regnerus, M. (2017). Is structural stigma's effect on the mortality of sexual minorities robust? A failure to replicate the results of a published study. *Social Science & Medicine*, *188*, 157-165. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.11.018
- Ritsher, J. B., & Phelan, J.C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, *129*(3), 257-265. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.003
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31-49. doi: 10.1016/j.psychres.2003.08.008

- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology, 60*(4): 520-31 doi: 10.1037/a0033555
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experiences of stigma. *Schizophrenia Bulletin, 25*(3), 467–478. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/b5b0/a5e5e59ab1bc26892ea06d2d0560350b6254.pdf>
- Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2017). The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 27*(5) 433-462. doi: 10.1017/S2045796017000178

SEÇÃO TEÓRICA

Artigo I - Measures of Perceived and Experienced Stigma in Adults Living With Mental Illness: A Systematic Review

Nicolas de Oliveira Cardoso

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Breno Sanvicente Vieira

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Isabela de Matos Vieira Ferracini

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Irani Iracema de Lima Argimon Pontifícia

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Abstract

Mental illness stigma (MIS) can be defined as the negative view of society toward individuals with mental disorders. It has recognized adverse effects in people living with mental illness. However, most research in the field has focused on the perceptions of others, not the patients themselves. Therefore, this systematic review aimed to investigate which psychometric instruments are most utilized in the measurement of patient perceived and experienced stigma, and which variables are most often associated with outcomes. Searches with terms referring to mental illness and stigma were conducted using five electronic databases: EBSCO, PubMed, Scopus, Web of Science, and PsycINFO. All articles that addressed perceived or experienced stigma on adults who live with mental illness and utilized measures that appeared in five or more works were considered for review. A total of 101 papers were included. We discovered that research in the field is growing. Perceived and experienced MIS is mostly assessed using five scales, and sometimes their use is referred for distinct purposes. When considering the most tested and reported associative effects of stigma, age and

symptoms showed to have important described effects. Although other variables were often described as having intervenient effects on stigma, such as sex, diagnosis and treatment condition (inpatient/outpatient) had few or contrasting results. These results suggest future works rely on consistent, literature-supported measures for evaluating MIS. Whereas age and symptoms must be considered as intervenient, other variables need better investigation.

Keywords: mental health, stigma, mental illness, health psychology

Background

People living with mental illness often suffer stigmatization and are at greater risk of being excluded by society (Goffman, 1988). Stigma arises through cognitive representations and is currently associated with discrimination and prejudice against an individual or group of individuals, usually minorities (Bos, Pryor, Reeder, & Stutterheim, 2013; Regnerus, 2017), including individuals with mental disorders (Bos et al., 2013). Thus, mental illness has several negative psychological, social, and physical outcomes for patients, families, and caregivers. Moreover, mental disorders have negative impacts on the environment and are affected by it. Stigma is a factor that contributes to the aggravation of these disorders in four different manners: anticipated, experienced, perceived, or internalized (Fox, Earnshaw, Taverna, & Vogt, 2017; Gumus, Dikec, & Ergun, 2017). Research on stigma has received growing attention in recent scientific works.

The field of mental illness stigma (MIS) is filled with debates and different conceptual interpretations (Corrigan, Watson, & Barr 2006; Fox et al., 2017; Goffman, 1988; Link 1987). Recently, Fox et al. (2017) developed the Mental Illness Stigma Framework (MISF) to improve understanding of the most relevant issues in the area. This framework may help solve issues in terminology, offer directions for research, and

improve the study of the field. In the MISF, perceived stigma can present in people with and without mental illness and is defined as perceptions of social beliefs, such as stereotypes, prejudice, and discrimination.

Experienced stigma is characterized by the perception of being a victim, recently or throughout life, of stereotypes, prejudice and discrimination. The anticipated stigma relates to the expectation of discrimination (Fox et al., 2017). These types of MIS are related to delays in seeking treatment and treatment adherence by people living with mental illness (Bos et al., 2013; Corrigan, Druss, & Perlick, 2014; Fox et al., 2017).

Despite the recognized impacts of MIS, there is a lack of research addressing stigma perceptions and experiences of people living with mental illness. Most studies on MIS have focused on community and mental health professionals' views about prejudice and discrimination. Therefore, further studies that address perceived and experienced stigma from a patient perspective have been suggested (Fox et al., 2017; Fowler et al., 2015). A recent systematic review aimed to evaluate the psychometric quality of instruments developed for assessing MIS. However, some sociodemographic, psychosocial, and psychiatric variables were not considered (Wei, McGrath, Hayden, & Kutcher, 2017).

Several studies stressed the importance of considering some intervening variables during the measurement of MIS (King et al., 2007; Livingston & Boyd, 2010), as they may have a moderator effect on MIS scores, especially in differences between inpatients and outpatients (King et al., 2007; Mascayano et al., 2016), age (Livingston & Boyd, 2010; Wong, Collins, Cerully, Yu, & Seelam, 2018), sex (Boysen, et al., 2017; Lacey et al., 2014), symptoms (Livingston & Boyd, 2010; Sarkin et al., 2014), and diagnoses (Livingston & Boyd, 2010; Yamaguchi et al., 2017). Therefore, this study aimed to identify the most frequently used instruments for measuring perceived and

experienced stigma and determine if there are methodological consistencies among their use. Further, the current research explores which intervening variables are most important for considered in the study of MIS.

Method

This review followed the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) protocol (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). Data were retrieved through searches in five databases: EBSCO, PubMed, Scopus, Web of Science, and PsycINFO. Two independent researchers conducted the searches and criteria evaluation in October 2018. To access the scientific studies matched with the objectives of this review, we used the following descriptors: (“mental disorder” OR “mental disease” OR “mental illness” OR “mental health”) AND (stigma or prejudice) AND (questionnaire OR scale OR index OR psychometric OR assessment). Descriptors were selected according the *Medical Subject Headings* (MeSH/PubMed) and the (*The Saurus/PsycINFO*).

We have chosen to use broader keywords, such as *stigma* or *prejudice*, because not all studies that measure perceived and experienced stigma use these terminologies. A similar search strategy was used previously (Fox et al., 2017).

After completion of the database searches, we imported all results into Rayyan, a web-based tool (Olofsson et al., 2017) similar to Covidence (Covidence, 2018). Rayyan was developed to help authors of systematic reviews save time and produce better quality papers. Its use has increased in recent years, particularly because it is a free and easy-to-learn tool. In addition to reducing time spent on crafting inclusion/exclusion evaluation for database searches, it helps reduce incidents of possible selection gaps and disparities by up to 40% (Olofsson et al., 2017; Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2016).

Two independent researchers assessed titles and abstracts at a first glance. In cases of doubts remaining after the first screening, authors checked full texts. Papers had to fulfill the following criteria for inclusion: (a) use an instrument with psychometric evidence to measure perceived and experienced stigma, and (b) have an adult sample (18 to 64 years old) with a diagnosis of mental illness. As previously stated by Fox et al. (2017), there are a variety of instruments for assessing MIS; therefore, the use of standard measures with psychometric proprieties is recommended. Thus, after the exclusion of duplicates, to better assess assessment trends, we also excluded studies that used measures with fewer than five appearances across all reviewed papers.

Moreover, as co-occurrence of mental disorders is highly prevalent (Lai, Cleary, Sitharthan, & Hunt, 2015), we decided to exclude instruments related to perceived and experienced MIS focused on a single disorder (e.g., Depression Stigma Scale) (Griffiths, Christensen, & Jorm, 2008). Studies with samples exclusively comprised of elders, adolescents, and children were excluded, as evidence of age effects have been well established. Particularly, the elderly may be at risk of bias in this field (Sarkin et al., 2014). After these steps were completed, we conducted a manual reference search on all included full-text articles. All papers were fully read for identification of instruments developed to measuring perceived or experienced MIS. We also focused on identifying variables that may have influence on perceived and experienced stigma scores as described and assessed in the reviewed works.

Results

We found 14,585 articles in the initial search. After the application of the pre-established criteria, we had 101 works. Figure 1 show the flowchart followed in accordance with the PRISMA protocol.

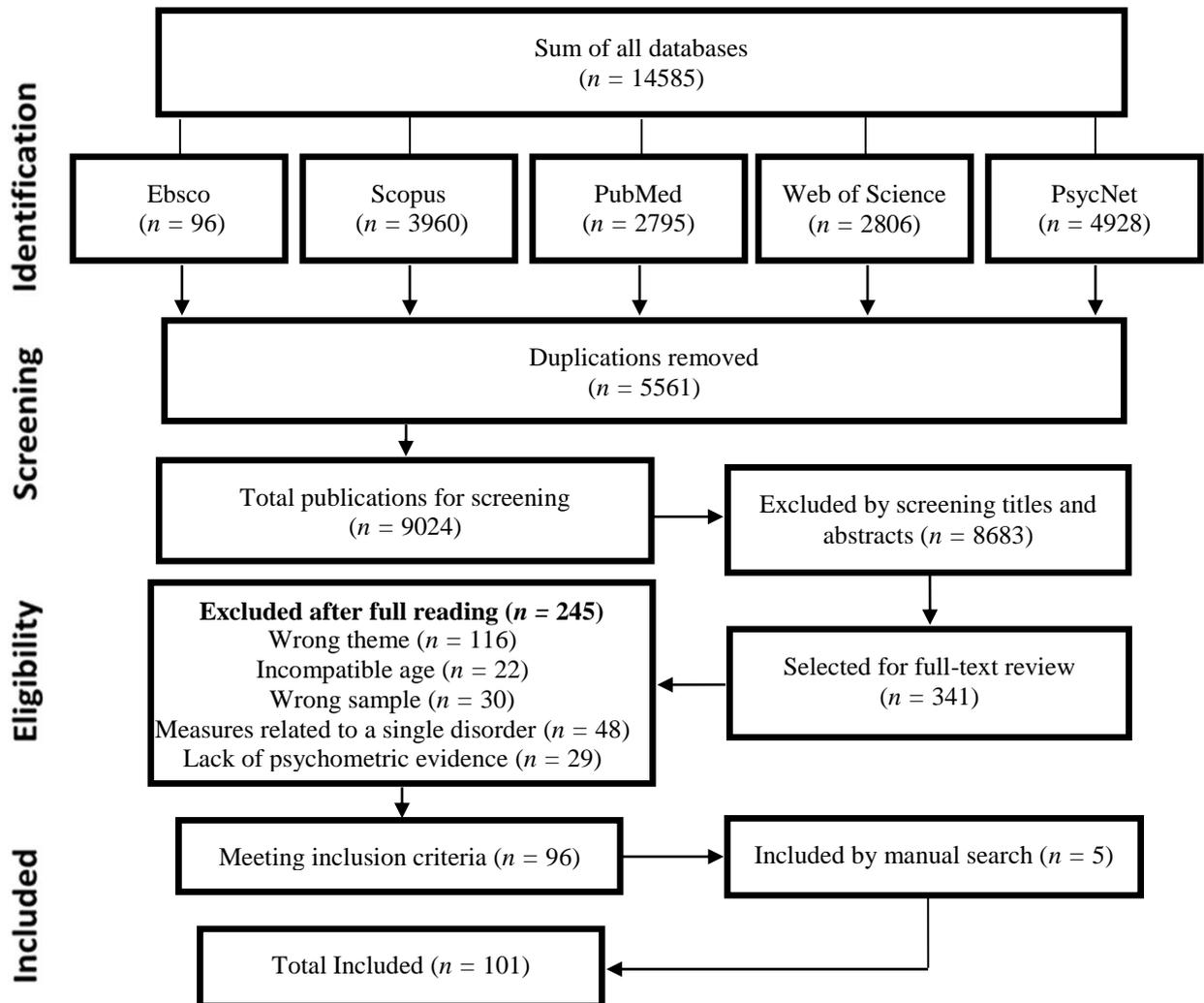


Figure 1: Flowchart

Next, all 101 papers were reviewed again by looking for characteristics of used measures and the intervenient variables considered in the current study. From the included studies, publication dates indicated that, since 1987, there has been growth in the scientific investigation of the field, as depicted in Figure 2.

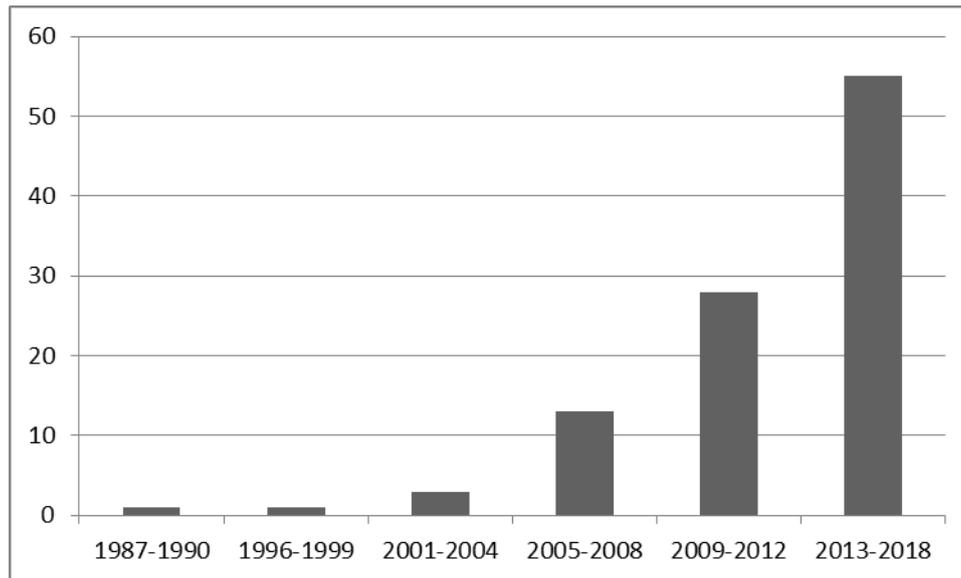


Figure 2: Growth of publications on perceived and experienced stigma (1987-2018)

Measures of Perceived and Experienced Stigma

Although there is a growing body of research in this field, a major difference between the studies is the measures used to assess MIS. We identified only five instruments used by more than five papers, each showing different characteristics. Table 1 summarizes the five different instruments for MIS screening. Three instruments assess experienced stigma: (a) Discrimination and Stigma Scale (DISC), (b) the Inventory of Stigmatizing Experiences (ISE), and (c) Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ); One instrument was specifically designed to assess perceived stigma: Perceived Devaluation Discrimination Scale (PDDS); and one measure was assumed to assess both types of stigma: the Stigma Scale (SS). Additionally, some studies used the same scales for different purposes. All scales use a Likert-type variation for answering, and all but one instrument (ISE) has variations in the item numbers of the Likert scale.

Table 1: Perceived and experienced stigma measures

Instrument	Stigma measure in the original version	Stigma measure propose by other studies	N° of items and (publications using it)	Likert Scale Points	N° of adaptations
The Stigma Scale	B (6)	A (2)	28 (11)	5	8
		A e B (4)	9 (1)	5	
		C (1)	14 (1)	5	
		B e C (1)	17 (1)	5	
Discrimination and Stigma Scale	B (30)	-	32 (15)	4	27
			36 (5)	7	
			42 (2)	7	
			45 (2)	7	
			22 (2)	4	
			21 (2)	4	
Perceived Devaluation Discrimination Scale	A (37)	-	35 (2)	4	16
			12 (18)	4	
			12 (6)	6	
			12 (6)	5	
			18 (2)	4	
			8 (2)	4	
			7 (1)	5	
			9 (1)	4	
11 (1)	5				
The Inventory of Stigmatizing Experiences	B (10)	-	17 (9)	3; 5 and 11	7
			40 (1)	3; 5 and 11	
Consumer Experiences of Stigma Questionnaire	B (11)	A (1)	21 (5)	5	6
			9 (3)	5	
			7 (2)	5	
			23 (1)	5	
			19 (1)	5	

Note: A - Perceived Stigma; B - Experienced Stigma; C - Internalized Stigma.

Perceived Stigma Measures

The PDDS was the first instrument created to assess perceived stigma (Link, 1987) and is the main option for addressing perceived stigma in mental health studies. Although this scale has been adapted with different names, all studies referred to the original instrument name: Link's Beliefs About Devaluation Discrimination Scale (LBADDS; Link, 1987). It is worth mentioning that we opted to use the term PDDS in this study, as it is mostly applied in the studies that use this instrument in our review ($n = 18$; 50%). Originally, the PDDS was a six-point Likert-type scale with 12 items. Also, all studies included in this review used PDDS as a measure of perceived stigma.

Experienced Stigma Measures

The most widely used instrument to assess experienced stigma is the DISC. It was first developed to be an internationally reliable measure of MIS. The first version had 36 items. The first 32 statements evaluated experienced stigma in a seven-point Likert-type scale. According to the instructions, if a discrimination score is given for one of the items, an additional statement needs to be included asking for an example. This is one remarkable difference of DISC compared to other measures of the MIS, as it includes a qualitative assessment in addition to quantitative scores. The last four items assess anticipated stigma (Thornicroft et al., 2009).

All studies cite that experienced stigma is the main construct measured by DISC. The latest version of DISC is a 32-item, four-point Likert-like scale with four subscales: (a) experienced discrimination (items 1–21); (b) anticipated discrimination (items 22–25); (c) overcoming stigma (items 26–27); and (d) positive treatment (items 28–32). Therefore, studies aiming to investigate only experienced stigma can use just the first 21 items of DISC-12 (Corker et al., 2014; Li et al., 2017).

Another commonly used instrument is the SS, which originally was a 28-item, six-point Likert scale split into 3 subscales: (a) discrimination, (b) disclosure, and (c) positive aspects. Although SS has been referred to by the original author as evaluating experienced stigma (King et al., 2007), there are disagreements among reviewed papers. Two studies suggest SS's first subscale assesses only perceived stigma, while four other studies suggest it assesses perceived and experienced stigma. One study assumes it evaluates internalized stigma, and one assumes it evaluates internalized and experienced stigma. The five remaining studies agree with the original author.

The CESQ was the first instrument developed for the assessment of experienced stigma. Its first version had 21 items, evaluating stigma in a five-point Likert-type scale comprised of two subscales: (a) the Stigma section (items 1–12), and (b) the Discrimination section (items 13–21). Both subscales evaluated experienced stigma (Wahl, 1999). Only one of the studies used the CESQ to evaluate perceived stigma (Bos, Kanner, Muris, Janssen, & Mayer, 2009). It should be noted that some authors refer to this instrument as the Modified Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (MCESQ) because it uses a similar version of the scale with differences in some nomenclatures used to refer to individual with mental illness. In the MCESQ the term “consumers” is replaced with “persons” (e.g., persons with mental illness, persons who have a psychiatric disorder; Dickerson et al., 2002; Lv, Wolf, & Wang, 2013).

The ISE has 17 items split into two subscales: (a) Stigma Impact Scale (SIS), and (b) the Stigma Experiences Scale (SES). This is the only instrument that kept its total number of items stable across different adaptations. Only one of the studies added new subscales to the ISE aiming to cover other constructs (Oleniuk, Duncan, & Temper, 2013). In reviewed studies, the Stigma Experiences Scale was used as an experienced stigma measure. On other hand, a content analysis reveals that SES cover several

distinct dimensions of personal stigma, as social withdraw, perceived and internalized stigma (Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010). Besides, similar with CESQ/MCESQ, ISE also have another version called “Inventory of Stigmatizing Experiences - Consumer Version”.

Variables Associated With Perceived and Experienced Stigma Scores

In addition to using different measures, the reviewed works gave attention to intervenient variables that may have an impact on stigma. Therefore, our study investigates sociodemographic, psychosocial, and psychiatric variables that may have a moderator effect on MIS scores. In the following sections we report on studies that described recurrent variables as influencing results for MIS, such as sex ($n = 62$; 61.3%); inpatient and/or outpatient samples ($n = 14$; 13.8%); age ($n = 20$; 19.8%); diagnoses ($n = 31$; 30.7%); and symptoms ($n = 31$; 30.7%). Sample characteristics and variables associated with the stigma scores of each one of the studies are summarized in Table 2.

Table 2: Instruments, samples characteristics and variables associated with perceived and experienced MIS scores

Scale	References	Answer Options	Sample Size	Age	ST	Sex ¹	Sample ²	Diagnoses	Pathology and stigma score	EFD	SB
SS	1. (King et al., 2007)	28(5p)	109(I e II)	19-76ns	B	No	No	AMHD	NSS	No	NSS
	2. (Reynoso, Dávalos, & García, 2011)	28(5p)	100(II)	18-78ns	C	No	-	SZ; MD; OCD; SUD	NSS	Yes	NSS
	3. (Morandi et al., 2013)	9(5p)	234(I e II)	28-62*	A	No	No	AMHD	NSS	No	NSS
	4. (Pawar, Peters, & Rathod, 2014)	28(5p)	302(II)	23-43	A e B	Yes	-	MD; SUD; PD	NSD	Yes	NSS
	5. (Sarkin et al., 2014)	28(5p)	1237(II)	18-80ca	B	Yes	-	SZ; MD; AD	SZ > MD > AD	No	NSS
	6. (Fowler, Rempfer, Murphy, Barnes, & Hoover, 2015)	28(5p)	53(II)	23-60	B	No	-	MD; SZ; SZA	NSS	Yes	NSS
	7. SS (Ho et al., 2015)	14(5p)	114(II)	20-79ca	A e B	Yes	-	SZ; OPD; MD	NSS	Yes	NSS
	8. (Meier, Csiernik, Warner, & Forchuk, 2015)	28(5p)	380(I e II)	18-75ns	B	No	No	AMHD	NSS	No	NSS
	9. (Vass et al., 2015)	28(5p)	80(II)	27-52 *	A e B	Yes	-	SZ	-	Yes	SD
	10. (Fresán et al., 2018)	28(5p)	217(II)	18-65	A	No	-	SZ	-	Yes	NSS
	11. FJV e SJV (Mizuno et al., 2017)	28 e 17(5p)	87(II)	31-53*	B e C	No	-	SZ; MD; PD	NSD	Yes	SD
	12. (Vass, Sitko, West, & Bentall, 2017)	28(5p)	59(II)	40-58*	B	Yes	-	SZ; MD	NSD	Yes	SD
	13. (Wood & Irons, 2017)	28(5p)	52(I e II)	19-62	B	No	No	SZ; SZA; MD; OPD	MD>SZ;SZA;OPD	Yes	SD
DISC	14. (Thornicroft et al., 2009)	36(7p)	732(I e II)	28-50*	B	Yes	Yes	SZ	-	Yes	NSS
	15. (Maggiolo et al., 2010)	42(7p)	50(I e II)	29-55*	B	No	No	SZ	-	Yes	NSS
	16. (Daumerie et al., 2011)	36(7p)	25(I e II)	36-39*	B	No	No	SZ	-	Yes	NSS
	17. (Hamilton et al., 2011)	32(4p)	534(II)	18-65	B	No	-	AMHD	NSS	No	NSS
	18. (Rose et al., 2011)	42(7p)	75 (I e II)	19-51	B	No	No	SZ	-	Yes	NSS
	19. (Üçok et al., 2011)	36(3p)	732(I e II)	28-50*	B	Yes	No	SZ	-	Yes	NSS
	20. (Vidojevic, Jocic, & Toskovic, 2011)	45(7p)	50(II)	33-53*	B	No	-	SZ	-	Yes	NSS
	21. (Vidojevic et al., 2012)	45(7p)	50(II)	33-53*	B	Yes	-	SZ	-	Yes	NSS
	22. (Brohan et al., 2013)	35(4p)	86(II)	19-67	B	Yes	-	SZ	-	Yes	SD
	+22. SS (Brohan et al., 2013)	28(5p)			A e B						
	23. (Corker et al., 2013)	22(4p)	3579(II)	18-65	B	No	-	AMHD	NSS	No	NSS
	24. (Hansson et al., 2013)	32(4p)	156(II)	29-55*	B	Yes	-	AD; MD; OPD	NSS	No	NSS
	25. (Harangozo et al., 2013)	36(7p)	777(I e II)	28-50*	B	Yes	Yes	SZ	-	Yes	NSS
	26. (Lasalvia et al., 2013)	32(4p)	1082(II)	18>EG	B	Yes	-	MD	-	Yes	NSS
	27. (Oshodi et al., 2013)	32(4p)	103(I)	22-48*	B	Yes	-	MD	-	Yes	NSS
	28. (Adeosun, Adegbohun, Jeje, & Adewumi, 2014)	32(4p)	150(II)	18-60	B	Yes	-	SZ	-	No	NSS
	29. (Brain et al., 2014)	32(4p)	111(II)	18-65	B	Yes	-	SZ	-	Yes	NSS
	30. (Corker et al., 2014)	21(4p)	326(II)	19-41*	B	Yes	-	MD; SZ	Major Depression > SZ	No	NSS
	31. (Farrely et al., 2014)	21(4p)	202(II)	19-67	B	Yes	-	MD; SZ	NSD	Yes	NSD
	32. (Henderson et al., 2014)	22(4p)	4583(II)	18-65	B	Yes	-	MD; SZ; AS; PD	NSS	No	NSS
	33. (Koschorke et al., 2014)	35(4p)	282(II)	16>EG	B	Yes	-	SZ	-	Yes	SD
	34. (Lasalvia et al., 2014)	36(7p)	97(I e II)	15-54	B	Yes	Yes	OPD	-	Yes	NSD
35. (Zoppei et al., 2014)	32(4p)	434(II)	18>EG	B	Yes	-	MD	-	Yes	NSS	

Table 2: Instruments, samples characteristics and variables associated with perceived and experienced MIS scores (continuation)

Scale	References	Answer Options	Sample Size	Age	ST	Sex ¹	Sample ²	Diagnoses	Pathology and stigma score	EFD	SB
PDDS	36. (Khan, Kausar, Khalid, & Farooq, 2015)	32(4p)	38(II)	18-65	B	Yes	-	MD	-	Yes	NSS
	37. (Lasalvia et al., 2015)	32(4p)	1082(II)	30-58*	B	Yes	-	MD	-	Yes	NSS
	38. (Vidojevic, Dragojevic, & Toskovic, 2015)	32(4p)	52(II)	18>EG	B	No	-	MD	-	Yes	NSS
	39. (Brouwers et al., 2016)	32(4p)	834(II)	18>EG	B	Yes	-	MD	-	Yes	NSS
	40. (Mezey et al., 2016)	32(4p)	64(I e II)	28-52*	B	Yes	Yes	SZ; SZA	NSD	Yes	NSD
	41. (Ye et al., 2016)	32(4p)	50(II)	18-60	B	No	-	SZ; SZA	NSS	No	NSS
	42. (Li et al., 2017)	32(4p)	384(II)	18-50	B	Yes	-	SZ	-	Yes	NSS
	43. (Li et al., 2018)	32(4p)	384(II)	18-50	B	Yes	-	SZ	-	Yes	NSS
	44. (Link, 1987)	12(6p)	164(I e II)	19-59	A	Yes	Yes	MD; SZ; OPD	Major depression > SZ; OPD	Yes	SD
	45. (Perlick et al., 2001)	12(6p)	264(I e II)	15-82	A	Yes	Yes	SZA; MD	NSS	Yes	NSS
	46. (Graf et al., 2004)	7(5p)	280(I)	20-50	A	Yes	-	SZ; OPD	NSD	Yes	NSD
	47. (Berge & Ranney, 2005)	12(4p)	31(II)	28>EG	A	No	-	SZ	-	No	NSS
	48. (Rüsch, Lieb, Bohus, & Corrigan, 2006)	12(4p)	60(I e II)	18-50	A	No	Yes	PD; AD	NSD	Yes	NSS
	49. (Bjorkman, Svensson, & Lundberg, 2007)	12(4p)	40(II)	33-59*	A	Yes	-	SZ; OPD	NSS	Yes	NSS
	50. (Freidl et al., 2007)	12(4p)	101(I e II)	32-54*	A	Yes	No	PD; SSD	SSD > PD	Yes	NSS
	51. (Freidl, Spitzl, & Aigner, 2008)	12(4p)	115(I e II)	39-61*	A	Yes	No	SSD	-	Yes	SD
	52. (Kleim et al., 2008)	12(4p)	127(I e II)	18-65	A	Yes	Yes	SZ	-	Yes	NSD
	53. (Link, Castille, Stuber, 2008)	8(4p)	184(II)	18-65	A	Yes	-	SZ; SZA; MD	NSD	Yes	NSD
	54. (Verhaeghe & Bracke, 2008)	12(4p)	366(I)	18-65	A	Yes	-	MD; OPD; SUD	OPD; SUD > MD	Yes	SD
	55. (Rüsch et al., 2009A)	12(4p)	85(II)	35-55*	A	No	-	SZ; SZA	NSD	Yes	NSD
	56. (Rüsch et al., 2009B)	12(4p)	85(II)	35-55*	A	No	-	MD; SUD; OPD	NSD	Yes	NSS
	57. (Rüsch et al., 2009C)	12(4p)	75(II)	34-54*	A	No	-	SZ; SZA; MD	NSD	Yes	NSS
	58. (Staring et al., 2009)	12(4p)	114(II)	27-49*	A	No	-	SZ	-	Yes	NSS
	59. (Barke, Nyarko, & Klecha, 2010)	12(4p)	105(I)	25-47*	A	Yes	-	NSS	NSS	No	NSS
	60. (Interian et al., 2010)	12(4p)	200(II)	18>EG	A	No	-	MD	-	Yes	NSS
	61. (Rüsch et al., 2010)	12(4p)	75(II)	34-54*	A	No	-	SZ; SZA; MD; SUD	NSD	Yes	SD
	62. (Brohan, Gauci, Sartorius, & Thornicroft, 2011)	12(6p)	1182(II)	33-59*	A	Yes	-	MD	NSD bipolar = depression	No	NSS
	63. (Jung & Kin, 2012)	12(5p)	521(II)	18>EG	A	No	-	SZ	-	Yes	NSS
	64. (Schneider et al., 2012)	12(5p)	70(I)	27-51*	A	Yes	-	NSS	NSS	No	SD
	65. (Ilic et al., 2013)	12(5p)	367(I e II)	28-52*	A	Yes	Yes	MD; SUD; AD; OPD	OPD; Bipolar > AD > Depression > SUD	Yes	SD
	66. (Chen, Wu, & Huang, 2014)	9(4p)	212(II)	18-50*	A	Yes	-	SZ	-	Yes	NSS
	67. (Chien, Yeung, & Chan, 2014)	18(4p)	311(II)	18>EG	A	Yes	-	SZ; OPD; MD	NSD	Yes	SD
	68. (Chien, Chan, Yeung, Chiu, & Ng, 2015)	18(4p)	270(II)	18>EG	A	Yes	-	SZ; OPD; MD	NSS	Yes	SD
	69. (Park, Kim, Cho, & Lee, 2015)	12(6p)	1522(II)	18-74ca	A	Yes	-	MD	-	Yes	NSS
	70. (Catthoor, et al., 2016)	12(5p)	214(I)	19-67	A	Yes	-	PD	Paranoid PD > Others PD	Yes	NSS
71. (Nilsson, Kugathasan, & Straarup, 2016)	12(6p)	50(II)	26-44*	A	No	-	MD	-	Yes	SD	

Table 2: Instruments, samples characteristics and variables associated with perceived and experienced MIS scores (continuation)

Scale	References	Answer Options	Sample Size	Age	ST	Sex ¹	Sample ²	Diagnoses	Pathology and stigma score	EFD	SB
ISE	72. (Wang, Weiss, Pachankis, & Link, 2016)	8(4p)	184(II)	26-48*	A	Yes	-	SZ; SZA; MD	NSS	Yes	NSS
	73. (Wang, Petrini, & Morisky, 2016A)	12(4p)	146(I)	18-65	A	Yes	-	SZ	-	Yes	NSS
	74. (Wang, Petrini, & Morisky, 2016B)	12(4p)	128(II)	18-65	A	No	-	SZ	-	Yes	NSS
	75. (Ivezic, Sesar, & Muzinic, 2017)	12(4p)	40(II)	18>EG	A	No	-	SZ	-	Yes	NSS
	76. (Picco et al., 2017)	12(4p)	288(II)	21-65	A	No	-	SZ; MD; AD; OCD	Depression; AD; OCD > SZ	Yes	NSS
	77. Rayan, Mahroum, & Khasawneh, 2017)	12(6p)	161(II)	18-65	A	Yes	-	MD	-	Yes	SD
	78. (Townley, Brusilovskiy, & Salzer, 2017)	12(5p)	300(II)	18-64	A	No	-	SZ; MD	NSS	Yes	NSS
	79. (Zäske et al., 2018)	12(5p)	173(I)	22-42*	A	Yes	-	SZ	-	Yes	NSD
	80. (Stuart, Milev, & Koller, 2005)	17(3;5 e 11p)	88(II)	18>EG	B	No	-	SZ; MD; SUD; AD	NSS	No	NSS
	81. (Schulze, Stuart, & Riedel-Heller, 2009)	17(3;5 e 11p)	95(I e II)	18>EG	B	No	No	SZ; MD; PD; SUD	NSD	No	NSS
	82. (Thomé et al., 2011)	17(3;5 e 11p)	60(II)	36-58*	B	No	-	MD	-	Yes	SD
	83. (Vázquez et al., 2011)	17(3;5 e 11p)	241(I e II)	27-63*	B	Yes	No	MD	-	Yes	SD
	84. (Lazowski, Koller, Stuart, & Milev, 2012)	17(3;5 e 11p)	214(I e II)	18>EG	B	Yes	No	MD	NSD bipolar = depression	No	NSS
	85. (Mileva, Vásquez, & Milev, 2013)	17(3;5 e 11p)	392(I e II)	18>EG	B	Yes	No	MD	-	Yes	NSS
	86. ISE-CV (Oleniuk, Duncan, & Temper, 2013)	40(3;5 e 11 p)	41(I)	18>EG	B	Yes	-	SZ; MD	NSD	No	NSS
	CESQ	87. ISE-CV (Świtaj et al., 2013)	17(3;5 e 11p)	229(I e II)	31-61*	B	Yes	No	SZ	-	Yes
88. (Lee, Milev, & Paik, 2015)		17(3;5 e 11p)	265(I e II)	18>EG	B	Yes	No	MD	NSS	No	NSS
89. ISE-CV (Świtaj et al., 2016)		17(3;5 e 11p)	229(I e II)	31-61*	B	Yes	Yes	SZ	-	Yes	NSD
90. (Wahl, 1999)		21(5p)	130(I e II)	12-94ns	B	No	No	SZ; SZA; MD	NSS	No	NSS
91. MCESQ (Dickerson et al., 2002)		21(5p)	74(II)	18-65	B	Yes	-	SZ	-	Yes	SD
92. (Bagley & King, 2005)		7(5p)	83(II)	21-66	B	No	-	SZ; MD	NSD	No	NSS
+92. PDDS (Bagley & King, 2005)		11(5p)			A						
93. (Charles, Manoranjitham, & Jacob, 2007)		21(5p)	100(II)	18-60	B	Yes	-	SZ	-	Yes	NSS
94. (El-Badri & Mellsop, 2007)		23(5p)	100(II)	19-65	B	No	-	SZ; SZA; MD; PD	NSS	No	NSS
95. (Bos, Kanner, Muris, Janssen, & Mayer, 2009)		21(5p)	500(II)	31-55*	A	No	-	SZ; MD; PD; AD	NSD	No	NSS
96. (Świtaj et al., 2009)		9(5p)	153(I e II)	18-65	B	Yes	Yes	SZ	-	Yes	NSD
97. (Świtaj et al., 2010)		9(5p)	253(I e II)	18-65	B	Yes	Yes	SZ; MD; SUD	SZ and depression > SUD	No	NSS
98. (Świtaj et al., 2011)		9(5p)	259(I e II)	18-65	B	Yes	No	SZ; MD	NSD	Yes	NSS
99. (Świtaj et al., 2012)		21(5p)	442(I e II)	28-56*	B	Yes	Yes	SZ	-	No	NSS
100. MCESQ (Lv, Wolf, & Wang, 2013)		19(5p)	95(I e II)	17-60	B	No	No	SZ	-	Yes	NSD
101. (Świtaj et al., 2013)	7(5p)	509(I e II)	29-55*	B	No	Yes	SZ; OPD	NSD	Yes	NSD	

Note: * - Estimated Age Range; + - note that studies 22 and 92 use two instruments and are duplicated in the table; ¹ - Evaluation differences in stigma between men and women; ² - Split inpatients and outpatients in different groups; **AD** - Anxiety disorders; **AMHD** - All mental health disorders; **ca** - control for age; **ED** - Eating disorders; **EFD** - Evaluate for diagnoses; **EG** - Elderly Group; **FJV** - Full Japanese version; **I** - Inpatients; **II** - Outpatients; **ISE-CV** - Inventory of Stigmatizing Experiences - Consumer Version; **MD** - Mood disorders; **ns** - not screen for age differences; **NSD** - No significant difference; **NSS** - Not screened or showed; **OCD** - Obsessive compulsive disorder; **OPD** - Other psychotic disorders; **p** - Likert scale points; **PD** - Personality Disorders; **PTSD** - Post-Traumatic Stress Disorder; **SB** - Symptom bias **SD** - Significant difference; **SJV** - Short Japanese version; **SSD** - Somatic symptom disorder; **SUD** - Substance use disorders; **SZ** - Schizophrenia; **SZA** - Schizoaffective disorder

Sex and Stigma

Most of the studies ($n = 55$; 54.5%) did not find significant variations in MIS scores between men and women. Other studies ($n = 39$; 38.6%) did not evaluate or show the analyses for possible sex differences in MIS scores. Only seven of the studies found a significant sex difference. Four of those seven studies found that men have higher experienced (Adeosun et al., 2014; Chalers, Manoranjitham, & Jacob, 2007; Vidojevic et al., 2012) and perceived stigma scores (Park et al., 2015). The other three studies suggested that women tend to have more experience stigma (Pawar et al., 2014; Sarkin et al., 2014; Ho et al., 2015). One of these studies had a sample of Indian women in the military. Therefore, it is possible that sex effects are related to cultural differences (Pawar et al., 2014). These findings suggest that sex may have some effect, but it is underrepresented in the literature.

Inpatient and Outpatient Stigma

Many of the studies focused exclusively on outpatients or inpatients as participants ($n = 68$; 67.3%). Only 14 studies (13.8%) evaluated for possible differences and found that there is no significant difference in perceived or experienced stigma scores of inpatients and outpatients. The remaining 19 papers (18.8%) did not evaluate or did not show evidence for possible differences between inpatients and outpatients.

Age Differences

More than a third of the studies did not include the elderly (65 years or older) in their sample ($n = 38$; 37.6%), while some studies separated older participants into a separate group ($n = 17$; 16.8%), and others controlled results for age ($n = 3$; 2.9%). These 20 studies (19.8%) found significant effects for age in perceived and experienced stigma scores. However, the direction of such effects are unclear, as some studies pointed to higher stigma scores among younger samples (Sarkin et al., 2014; Świtaj et

al., 2011; Zoppei et al., 2014; Ho et al., 2015) while others did so for elder ones (Park et al., 2015; Vidojevic et al., 2015). Only four of the studies that included elder participants did not screen for possible age differences in their samples. The remaining studies ($n = 39$) did not present the age range of the sample, therefore we estimated the range based on the mean age of participants in each paper and found that they also did not include the elderly in their samples.

Stigma and Diagnoses

Almost half of the studies ($n = 49$; 48.5%) had a sample population with a specific disorder, which was infeasible for evaluation due to possible differences between diagnoses. Among studies that investigated diagnosis effects ($n = 31$; 30.7%), 21 found no significant differences. Most of the ten studies that found MIS scores differences between diagnoses also suggested that mood disorders (MD) ($n = 4$) shows higher MIS scores when compared to schizophrenia (SZ) (Corker et al., 2014; Link, 1987; Picco et al., 2017; Wood & Irons, 2018). One study found higher MIS scores in people with SZ compared to those with MD (Sarkin et al., 2014). However, other study suggested that SZ and depression have similar MIS scores (Świtaj et al., 2010). The other four studies point to other mental disorders with higher MIS. The remaining 21 studies (20.7%) did not screen for or show data related to possible perceived and experienced MIS differences between diagnoses. Although studies indicated some diagnosis effects, there was no agreement as to whether a specific disorder showed more stigma than others.

Symptom Bias

MIS literature often describes symptoms as having bias effects over measures. However, the majority of our reviewed studies ($n = 70$; 69.3%) did not take into consideration the severity of symptoms. It is important to note that, regardless of

whether or not some works used a diagnostic instrument (e.g., Structured Clinical Interview for DSM-5), researchers did not consider the intensity of specific symptoms as a bias. Between the remaining 31 (30.7%), 12 (11.8%) did not find significant associations and 19 (18.8%) reported positive associations between symptoms and stigma. In line with the assumption of symptoms effect, the majority of works ($n = 75$; 74.2%) included symptom measures. Thus, most works indeed considered the need for inclusion of symptom measures but neglected testing for intervenient effects.

Discussion

We systematically reviewed the literature in the MIS field looking for trends in methodologies. We discovered that research in the field has grown over time, which reinforces the need for standards and directions for a solid body of evidences in the near future. Typically, perceived and experienced MIS are assessed by five different Likert-type scales. Among these scales, three assume to evaluate experienced stigma, one perceived stigma, and one both perceived and experienced stigma. However, we identified that the use of these instruments is sometimes incongruent with the original purposes of the measure (Mizuno et al., 2017; Vass, Sitko, West, & Bentall, 2017; Wood & Irons, 2017). In addition, while looking for typically evaluated intervenient variables and their reported effects, we found that age effects are the most reported in literature followed by symptoms. Sex and diagnoses do not have a consistent background for strong conclusions and require further investigation. Moreover, treatment type (inpatient/outpatient), which is often described as having effects, was the only variable that failed to show significant effects in reviewed works. To the best of our knowledge, this is the first review specifically addressing perceived and experienced stigma instruments and the sociodemographic, psychosocial, and psychiatric variables that can have moderator effects on MIS scores.

Our inclusion criteria included works with evaluation instruments that appeared at least five times across all studies. This strategy revealed a consistent and growing body of works restricted to five instruments. This is a promising picture for solid meta-analysis in the future. On the other hand, assessment instruments were interpreted in different ways between the works reviewed. First, SS has items that could be interpreted as assessing more than one type of stigma. This conclusion is empirically tested, as items 11, 13, 17, and 26 showed a factor loading under 0.45 during the original validation and further adaptations (Ho et al., 2015; King et al., 2007; Mizuno et al., 2017; Morandi et al., 2013).

A similar issue occurred with CESQ, which was developed to measure experienced stigma (Wahl, 1999). Seemingly, some expert authors disagree with this perspective when using the instrument as measure of perceived stigma (Bos et al., 2009). On other hand, there is agreement between all of the studies that used DISC and ISE that these instruments primarily evaluate experienced stigma and that PDDS evaluates perceived stigma. Besides, most of the studies using SS and CESQ did so to assess experienced stigma. As a recommendation, we suggest future researchers to follow in these lines. Such a conclusion is also in accordance with previous works (Fox et al., 2017; Wei et al., 2017).

Looking for trends in the study of MIS, we focused on often included and described intervenient variables. Along these lines, the literature is repetitive in suggesting bias effects on MIS due to treatment type (i.e., inpatient/outpatient). Additionally, a previous systematic review found that mental health professionals who work in inpatient facilities in Caribbean and Latin American countries report discrimination against patients with mental illness, which could explain for differences in such regard (Mascayano et al., 2016). However, less than 15% of the studies included

in our review indeed investigated differences between inpatients and outpatients. Moreover, these studies also did not report treatment type effects on MIS. Such conclusions require caution due to the limited number of works, but our finding of no treatment type effects was also documented in a previous meta-analysis that aimed to investigate the relationship between internalized stigma and sociodemographic, psychosocial, and psychiatric variables for people who live with mental illness (Livingston & Boyd, 2010).

Another variable recurrently investigated and assumed to have an effect on MIS scores is sex. In our study, the majority of the works reviewed indicated no such effects. Only four studies found results suggesting that men show more stigma when compared to women (Adeosun et al., 2014; Chalers, Manoranjitham, & Jacob, 2007; Vidojevic et al., 2012), and three suggested women have higher stigma scores (Pawar et al., 2014; Sarkin et al., 2014; Ho et al., 2015). Conclusions of this review indicate that MIS may not be related to sex.

We also found inconclusive age effects, regardless of the observation that age may have an impact in MIS scores (Livingston & Boyd, 2010; Wong et al., 2018). Different understandings about age impacts on stigma scores were also highlighted in a previous systematic review with conflicting results for comparisons between older and younger adults. The inconsistencies were so marked that authors did not include these works in their meta-analyses (Livingston & Boyd, 2010). Thus, according to our observations, the influence of age on the stigma scores remains unclear (Livingston & Boyd, 2010; Wong et al., 2018).

The literature also suggests that diagnostics are more commonly associated with MIS than sex, age, or the environment for people living with mental illness (Sheehan, Nieweglowski, & Corrigan, 2016; Yamaguchi et al., 2017). Typically, patients with

schizophrenia are those who suffer more discrimination, according the literature (Krupchanka & Katliar, 2016; Yamaguchi et al., 2017). However, we observed that a third of the studies in this review included only participants with schizophrenia. Indeed, these works report high scores for MIS. However, such high scores do not mean differences in comparison to other disorders. In fact, from studies that compared samples of participants with schizophrenia to participants with other disorders, only one found significant results (Sarkin et al., 2014).

Contrastingly, more studies found results pointing out participants with schizophrenia as having lower MIS scores (Link, 1987; Corker et al., 2014; Picco et al., 2017; Wood et al., 2017), and one suggested that MIS scores in depression and schizophrenia are similar (Świtaj et al., 2010). Regardless of possible diagnostic differences, most of works considered here failed to show diagnostic effects. This may suggest that other intervenient factors have effects that are more important in perceived and experienced MIS scores, such as patient symptoms (Livingston & Boyd, 2010; Świtaj et al., 2011).

Symptoms occurring during evaluation for stigma may contribute to MIS scores. The presence of delusions or hallucinations in psychotic patients is common, which may contribute to the patient perceiving or reporting stigma experiences that have never occurred or that happened in a different manner (Adeosun et al., 2014; Sarkin et al., 2014). Aligned with this assumption, most of the studies that point to a moderator effect between MIS and symptoms did so in studies that included patients with psychotic symptoms ($n = 13$; 68%) However, other symptoms (e.g., mania and depression) may also moderate MIS scores (Nilsson, Kugathasan, & Straarup, 2016; Vázquez et al., 2011; Thomé et al., 2011). Therefore, our findings suggest that symptoms may have a

moderator effect in MIS scores. These findings are in agreement with a previous meta-analysis (Livingston & Boyd, 2010).

Conclusion

This systematic review allowed us to identify the five most frequently used instruments and some application consistencies when authors use them. Likewise, it allowed us to give initial support for assuming that age and symptoms are some of the most important intervenient variables of MIS. However, conclusions must be considered in light of some limitations. It is possible that other variables not considered here have important effects on stigma scores. For example, there are data supporting effects on MIS related to the duration of illness, number of hospitalizations, and possible medication effects (Livingston & Boyd, 2010; Li et al., 2017; Picco et al., 2017; Li et al., 2018). Some studies also indicated marital status, education level, and race as other important secondary variables (Rayan et al., 2017; Townley et al., 2017). Therefore, future research may address these issues and evaluate for associations with other types of stigma not yet studied (e.g., anticipated stigma).

Another possible limitation of our study is the inclusion of instruments that are used at least five times. Due to these criteria, we may not have included newer instruments that may be able to evaluate perceived and experienced MIS similarly or better than the five instruments presented in this review. In sum, our review highlighted five MIS assessment instruments with a solid literature background and the need for greater attention to how sociodemographic, psychosocial, and psychiatric variables may moderate their scores, especially when considering age and symptoms.

The present study extends previous investigations in the MIS field, as few have focused on aspects related to perceived and experienced stigma (Fox et al., 2017). To precisely measure the MIS, it is essential that healthcare providers are aware of the

variables that may have an intervenient effect in instruments scores. Finally, the debate about which types of stigma an instrument can indeed measure seems to be more related to a theoretical problem that with the measures themselves. These results may be useful for researchers to consider adopting a common understanding about the terminologies in this field. We also recommend that new research aims to adapt and validate the instruments presented in this review for new contexts rather than creating new instruments that evaluate the same constructs.

Acknowledgements

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) and Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Finance Code 001

References

- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology, 35*(1), 1–9. doi: 10.1080/01973533.2012.746147
- Boysen, G. A. (2017). Explaining the relation between masculinity and stigma toward mental illness: The relative effects of sex, gender, and behavior. *Stigma and Health, 2*(1), 66-79. doi: 10.1037/sah0000041
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *Health Services Research, 10*(80). doi: 10.1186/1472-6963-10-80
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest, 15*(2), 37-70. doi: 10.1177/1529100614531398

- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(8), 875– 884. doi: 10.1521/jscp.2006.25.8.875
- Covidence (2018). Systematic review software. *Veritas Health Innovation*: Melbourne. Available at www.covidence.org
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E., & Vogt, D. (2017). Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. *Stigma and Health, 3*(4), 348-376. doi: 10.1037/sah0000104
- Fowler, C. A., Rempfer, M. V., Murphy, M. E., Barnes, A. L., & Hoover, E. D. (2015). Exploring the Paradoxical Effects of Insight and Stigma in Psychological Recovery. *North american journal of psychology, 17*(1), 151-174. Retrieved from <https://www.questia.com/library/journal/1G1-403448490/exploring-the-paradoxical-effects-of-insight-and-stigma>
- Goffman, E. (1988). *estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4^a ed. São Paulo: LTC.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC psychiatry, 8*(1), 25. doi: 10.1186/1471-244X-8-25
- Gumus, F., Dikec, G., & Ergun, G. (2017). Relations Among Internalized Stigmatization, Depressive Symptom Frequency and Family Loading in First-degree Caregivers of the Patients Treated in the Psychiatry Clinic of a State Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*(5), 522–527. doi: 10.1016/j.apnu.2017.05.003
- Krupchanka, D., & Katliar, M. (2017). The Role of Insight in Moderating the Association Between Depressive Symptoms in People With Schizophrenia and

- Stigma Among Their Nearest Relatives: A Pilot Study. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 600-607. doi: 10.1093/schbul/sbw024
- Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154(1), 1-13. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031
- Lacey, M., Paolini, S., Hanlon, M. C., Melville, J., Galletly, C., & Campbell, L. E. (2014). Parents with serious mental illness: Differences in internalised and externalised mental illness stigma and gender stigma between mothers and fathers. *Psychiatry Research*, 225(3), 723-733. doi: 10.1016/j.psychres.2014.09.010
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96–112. doi: 10.2307/2095395
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 71(12), 2150-2161. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., Tapia, E., Lips, W., & Yang, L. H. (2016). Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(1), 73–85. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1652
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7), 1-6. doi: 10.1371/journal.pmed1000097

- Olofsson, H., Brolund, A., Hellberg, C., Silverstein, R., Stenström, K., Österberg, M., & Dagerhamn, J. (2017). Can abstract screening workload be reduced using text mining? User experiences of the tool Rayyan. *Research synthesis method*, 8(3), 275-280. doi: 10.1002/jrsm.1237
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(210), 1-10 doi: 10.1186/s13643-016-0384-4
- Regnerus, M. (2017). Is structural stigma's effect on the mortality of sexual minorities robust? A failure to replicate the results of a published study. *Social Science & Medicine*, 188,157-165. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.11.018
- Sarkin, A., Lale, R., Sklar, M., Center, K. C., Gilmer, T., Fowler, C. . . . Ojeda, V. D. (2014). Stigma experienced by people using mental health services in San Diego County. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5), 747-756. doi: 10.1007/s00127-014-0979-9
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(11), 1-7. doi: 10.1007/s11920-015-0654-1
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71-80. doi: 10.1016/j.psychres.2006.07.005
- Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2017). The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(5) 433-462. doi: 10.1017/S2045796017000178

- Wong, E. C., Collins, R. L., Cerully, J. L., Yu, J. W., & Seelam, R. (2018). Effects of contact-based mental illness stigma reduction programs: age, gender, and Asian, Latino, and White American differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*(3), 299-308. doi: 10.1007/s00127-017-1459-9
- Yamaguchi, S., Mizuno, M., Ojio, Y., Sawada, U., Matsunaga, A., Ando, S., & Koike, S. (2017). Associations between renaming schizophrenia and stigma-related outcomes: A systematic review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *71*(6), 347–362. doi: 10.1111/pcn.12510

References of 101 included papers

- Adeosun, I. I., Adegbohun, A. A., Jeje, O. O., & Adewumi, T. A. (2014). Experiences of discrimination by people with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Journal of Public Mental Health*, *13*(4), 189-196. doi: 10.1108/JPMH-06-2013-0038

- Bagley, C., & King, M. (2005). Exploration of three stigma scales in 83 users of mental health services: Implications for campaigns to reduce stigma. *Journal of Mental Health, 14*(4), 343–355. doi: 10.1080/09638230500195270
- Barke, A., Nyarko, S., & Klecha, D. (2011). The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*(11), 1191–1202. doi: 10.1007/s00127-010-0290-3
- Berge, M., & Ranney, M. (2005). Self-Esteem and Stigma Among Persons With Schizophrenia: Implications for Mental Health. *Care Management Journals, 6*(3), 139-144. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16642688>
- Bjorkman, T., Svensson, B., & Lundberg, B. (2007). Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*(5), 332-338. doi: 10.1080/08039480701642961
- Bos, A. E. R., Kanner, D., Muris, P., Janssen, B., & Mayer, B. (2009). Mental Illness Stigma and Disclosure: Consequences of Coming out of the Closet. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(8), 509-513. doi: 10.1080/01612840802601382
- Brain, C., Sameby, B., Allerby, K., Quinlan, P., Joas, E., Lindström, E. . . . Waern, M. (2014). Stigma, discrimination and medication adherence in schizophrenia: Results from the Swedish COAST study. *Psychiatry Research, 220*(3), 811-817. doi: 10.1016/j.psychres.2014.10.016
- Brohan, E., Clement, S., Rose, D., Sartorius, N., Slade, M., & Thornicroft, G. (2013). Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma

- Scale (DISC). *Psychiatry Research*, 208(1), 33-40. doi: 10.1016/j.psychres.2013.03.007
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 56-63. doi: 10.1016/j.jad.2010.09.001
- Brouwers, E. P. M., Mathijssen, J., Bortel, T. V., Knifton, L., Wahlbeck, K., Audenhove, C. V., . . . Weeghe, J. V. (2017). Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ Open*, 6(2), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009961
- Catthoor, K., Schrijvers, D., Hutsebaut, J., Feenstra, D., & Sabbe, B. (2015). Psychiatric stigma in treatment-seeking adults with personality problems: evidence from a sample of 214 patients. *Frontiers in Psychiatry*, 6(101), 1-6. doi: 10.3389/fpsyt.2015.00101
- Charles, H., Manoranjitham, S. D., & Jacob, K. S. (2007). Stigma and explanatory models among people with schizophrenia and their relatives in vellore, south india. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(7), 325-332. doi: 10.1177/0020764006074538
- Chen, F., Wu, H. C., Huang, C. J. (2014). Influences of Attribution and Stigma on Working Relationships with Providers Practicing Western Psychiatry in the Taiwanese Context. *Psychiatry Quarterly*, 85(4), 439-451. doi: 10.1007/s11126-014-9304-8
- Chien, W. T., Chan, S. W. C., Yeung, F. K. K., & Chiu, H. F. K. (2015). Perceived stigmatisation of patients with mental illness and its psychosocial correlates: a

- prospective cohort study. *Hong Kong Medical Journal*, 21(2), 27-31. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25852099>
- Chien, W. T., Yeung, F. K. K., & Chan, A. H. L. (2014). 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 Research*, 41(2), 237-251. doi: 10.1007/s10488-012-0463-3
- Corker, E., Hamilton, S., Henderson, C., Weeks, C., Pinfold, V. Rose, D., . . . Thornicroft, G. (2013). Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008–2011. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s55), s58-s63. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112912
- Corker, E. A., Beldie, A., Brain, C., Jakovljevic, M., Jarema, M., Karamustafalioglu, O., . . . Thornicroft, G. (2014). Experience of stigma and discrimination reported by people experiencing the first episode of schizophrenia and those with a first episode of depression: The FEDORA project. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 438-445. doi: 10.1177/0020764014551941
- Daumeria, N., Baclea, S. V., Giordanab, J. Y., Mannonec, B. C., Cariaa, A., & Roelandta, J. L. (2012). La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale*, 38(3), 224-231. doi: 10.1016/j.encep.2011.06.007
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., & Parente, F. (2002). Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 143-155. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12047014>

- El-Badri, S., & Mellso, G. (2007). Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. *Australasian Psychiatry*, *15*(3). doi: 10.1080/10398560701320089
- Farrelly, S., Clement, S., Gabbidon, J., Jeffery, D., Dockery, L., Lassman, F., . . . Thornicroft, G. (2014). Anticipated and experienced discrimination amongst people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, *14*(157), 1-8. doi: 10.1186/1471-244X-14-157
- Fowler, C. A., Rempfer, M. V., Murphy, M. E., Barnes, A. L., & Hoover, E. D. (2015). Exploring the Paradoxical Effects of Insight and Stigma in Psychological Recovery. *North American Journal of Psychology*, *17*(1), 151-174. Retrieved from <https://www.questia.com/library/journal/1G1-403448490/exploring-the-paradoxical-effects-of-insight-and-stigma>
- Freidl, M., Spitzl, S. P., & Aigner, M. (2008). How depressive symptoms correlate with stigma perception of mental illness. *International Review of Psychiatry*, *20*(6), 510-514. doi: 10.1080/09540260802565422
- Freidl, M., Spitzl, S. P., Prauser, W., Zimprich, F., Lehner-Baumgartner, E., Baumgartner, C., & Aigner, M. (2007). The stigma of mental illness: Anticipation and attitudes among patients with epileptic, dissociative or somatoform pain disorder. *International Review of Psychiatry*, *19*(2), 123-129. doi: 10.1080/09540260701278879
- Fresán, A., Robles-García, R., Madrigal, E., Tovilla-Zarate, C. A., Martínez- Lopez, N., & Montis, I. A. (2018). Demographic and clinical features related to perceived discrimination in Schizophrenia. *Psychiatry Research*, *262*, 427-430. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.019

- Graf, J., Lauber, C., Nordt, C., Rüschi, P., Meyer, P. C., & Rössler, W. (2004). Perceived Stigmatization of Mentally Ill People and Its Consequences for the Quality of Life in a Swiss Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(8), 542-547. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15387156>
- Hamilton, S., Pinfold, V., Rose, D., Henderson, C., Lewis-Holmes, E., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). The effect of disclosure of mental illness by interviewers on reports of discrimination experienced by service users: A randomized study. *International Review of Psychiatry*, 23(1), 47-54. doi: 10.3109/09540261.2010.545367
- Hansson, L., Stjernswärd, S., & Svensson, B. (2014). Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness--an interview study. *Nordic Journal Psychiatric*, 68(2), 100-106. doi: 10.3109/08039488.2013.775339
- Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J. J., . . . Thornicroft, G. (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 359-366. doi: 10.1177/0020764013490263
- Henderson, R. C., Corker, E., Hamilton, S., Williams, P., Pinfold, V., Rose, D., . . . Thornicroft, G. (2014). Viewpoint survey of mental health service users' experiences of discrimination in England 2008–2012. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1599–1608. doi: 10.1007/s00127-014-0875-3
- Ho, A. H. Y., Potash, J. S., Fong, T. C. T., Ho, V. F. L., Chen, E. Y. H., Lau, R. H., . . . Ho, R. T. H. (2015). Psychometric properties of a Chinese version of the Stigma Scale: examining the complex experience of stigma and its relationship with self-esteem and depression among people living with mental illness in Hong

- Kong. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 198-205. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.09.016
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., . . . Corrigan, P. W. (2013). Belittled, Avoided, Ignored, Denied: Assessing Forms and Consequences of Stigma Experiences of People With Mental Illness. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 31-35. doi: 10.1080/01973533.2012.746619
- Interian, A., Ang, A., Gara, M. A., Link, B. G., Rodriguez, M. A., & Vega, W. A. (2010). Stigma and Depression Treatment Utilization Among Latinos: Utility of Four Stigma Measures. *Psychiatric Services*, 61(4), 373-379. doi: 10.1176/ps.2010.61.4.373
- Ivezić, S. S., Sesar, M. A., & Mužinić, L. (2017). Effects of a Group Psychoeducation Program on Self-stigma, Empowerment and Perceived Discrimination of Persons with Schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 66-73. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28291976>
- Jung, S. H., & Kim, H. J. (2012). Perceived Stigma and Quality of Life of Individuals Diagnosed With Schizophrenia and Receiving Psychiatric Rehabilitation Services: A Comparison Between the Clubhouse Model and a Rehabilitation Skills Training Model in South Korea. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(6), 460-465. doi: 10.1037/h0094580
- Khan, N., Kausar, R., Khalid, A., & Farooq, A. (2015). Gender differences among discrimination & stigma experienced by depressive patients in Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Science*, 31(6), 1432-1436. doi: 10.12669/pjms.316.8454

- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passeti, F., . . . Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, *190*(3), 248-254. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024638
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R. D., Hayward, P., & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, *17*(5), 482-491. doi: 10.1080/09638230701506283
- Koschorke, M., Padmavati, R., Kumar, S., Cohen, A., Weiss, H., Chatterjee, S., . . . Patel, V. (2014). Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India. *Social Science & Medicine*, *123*, 149-159. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.10.035
- Lasalvia, A., Bortel, T. V., Bonetto, C., Jayaram, G., Weeghel, J. V., Zoppei, S., . . . Thornicroft, G. (2015). Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: the ASPEN/INDIGO international study. *The British Journal of Psychiatry*, *207*(6), 507-514. doi: 10.1192/bjp.bp.114.156992
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Bonetto, C., Tosato, S., Zanatta, G., Cristofalo, D., . . . Ruggeri, M. (2014). The Role of Experienced and Anticipated Discrimination in the Lives of People With First-Episode Psychosis. *Psychiatric Services*, *65*(8), 1034-1040. doi: 10.1176/appi.ps.201300291
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Bortel, T. V., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., . . . Thornicroft, G. (2013). Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *The Lancet*, *381*(9860), 55-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61379-8

- Lazowski, L., Koller, M., Stuart, H., & Milev, R. (2012). Stigma and Discrimination in People Suffering with a Mood Disorder: A Cross-Sectional Study. *Depression Research and Treatment*, 2012(724848), 1-9. doi: 10.1155/2012/724848
- Lee, H., Milev, R., & Paik, J. W. (2015). Comparison of stigmatizing experiences between Canadian and Korean patients with depression and bipolar disorders. *Asia-Pacific Psychiatry*, 7(4), 383-390. doi: 10.1111/appy.12174
- Li, J., Guoa, Y. B., Huanga, Y. G., Liua, J. W., Chenb, W., Zhang, X. Y., . . . Thornicroft, G. (2017). Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry Research*, 255, 225-231. doi: 10.1016/j.psychres.2017.05.040
- Li, J., Huang, Y. G., Ran, M. S., Fan, Y., Chen, W., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2018). Community-based comprehensive intervention for people with schizophrenia in Guangzhou, China: Effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian journal of psychiatry*, 34, 21-30. doi: 10.1016/j.ajp.2018.04.017
- Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 99-112. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2095395>
- Link, B., Castille, D. M., & Stuber, J. (2008). Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Social Science & Medicine*, 67(3), 409-419. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.015
- Lv, Y., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 83-88. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.07.007

- Maggiolo, D., Buizza, C., Vittorielli, M., Lanfredi, M., Rossi, G., Ricci, A., . . . Lasalvia, A. (2010). Discriminazione sperimentata e anticipata nei pazienti con schizofrenia. Risultati italiani del progetto Internazionale multicentrico INDIGO. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *19*(4), 314-325. doi: 10.1017/S1121189X00000658
- Meier, A., Csiernik, R., Warner, L., & Forchuk, C. (2015). The Stigma Scale: A Canadian Perspective. *Social Work Research*, *39*(4), 213-222. doi: 10.1093/swr/svv028
- Mezey, G., Youngman, H., Kretzschmar, I., & White, S. (2016). Stigma and discrimination in mentally disordered offender patients – a comparison with a nonforensic population. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *27*(4), 517-529. doi: 10.1080/14789949.2016.1172658
- Mileva, V. R., Vázquez, G. H., & Milev, R. (2013). Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *2013*(9), 31-40. doi: 10.2147/NDT.S38560
- Mizuno, M., Yamaguchi, S., Taneda, A., Hori, H., Aikawa, A., & Fujii, C. (2017). Development of Japanese version of King's Stigma Scale and its short version: Psychometric properties of a selfstigma measure. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *71*(3), 189-197. doi: 10.1111/pcn.12470
- Morandi, S., Manetti, S. G., Zimmermann, G., Favroda, J., Chanachev, A., Monnata, M., & Bonsackaa, C. (2013). Mesurer la stigmatisation perçue chez les personnes souffrant de troubles psychiques: traduction française, validation et adaptation de la Stigma Scale. *L'Encéphale*, *39*(6), 408-415. doi: 10.1016/j.encep.2013.03.002

- Nilsson, K. K., Kugathanan, P., & Straarup, K. N. (2016). Characteristics, correlates and outcomes of perceived stigmatization in bipolar disorder patients. *Journal of Affective Disorders, 194*, 196-201. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.025
- Oleniuk, A., Ducan, C. R., & Tempier, R. (2013). The Impact of Stigma of Mental Illness in a Canadian Community: A Survey of Patients Experiences. *Community Mental Health Journal, 49*(1), 127-132. doi: 10.1007/s10597-011-9453-2
- Oshodi, Y. O., Abdulmalik, J., Ola, B., James, B. O., Bonetto, C., Cristofalo, D., . . . Thornicroft, G. (2013). Pattern of experienced and anticipated discrimination among people with depression in Nigeria: a cross-sectional study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(2), 259-266. doi: 10.1007/s00127-013-0737-4
- Park, S., Kim, M. J., Cho, M. J., & Lee, J. Y. (2015). Factors affecting stigma toward suicide and depression: A Korean nationwide study. *International Journal of Social Psychiatry, 61*(8), 1-7. doi: 10.1177/0020764015597015
- Pawar, A. A., Peters, A., & Rathod, J. (2014). Stigma of mental illness: A study in the Indian Armed Forces. *Medical Journal Armed Forces India, 70*(4), 354-359. doi: 10.1016/j.mjafi.2013.07.008
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E. L., & Link, B. G. (2001). Adverse Effects of Perceived Stigma on Social Adaptation of Persons Diagnosed With Bipolar Affective Disorder. *Psychiatric Services, 52*(12), 1627-1632. Retrieved from <https://mdsc.ca/documents/Publications/Adverse%20effects%20of%20perceived%20stigma%20on%20social%20adaptation.pdf>
- Picco, L., Lau, Y. W., Pang, S., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Mediating effects of self-stigma on the relationship

- between perceived stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients: findings from a cross-sectional survey in Singapore. *BMJ open*, 7(8), 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018228
- Rayan, A., Mahroum, M. H., & Khasawneh, A. (2017). The correlates of stigma toward mental illness among Jordanian patients with major depressive disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 192-197. doi: 10.1111/ppc.12222
- Reynoso, S. F., Dávalos, R. M., & García, R. R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 34(4), 333-339.
- Rose, D., Willis, R., Brohan, E., Sartorius, N., Villares, C., Wahlbeck, K., & Thornicroft, G. (2011). Reported stigma and discrimination by people with a diagnosis of schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(2), 193-204. doi: 10.1017/S2045796011000254
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., & Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British Journal of Psychiatry*, 195(6), 551-552. doi: 10.1192/bjp.bp.109.067157
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(4), 320-328. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01403.x
- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M., & Corrigan, P. W. (2006). Self-Stigma, Empowerment, and Perceived Legitimacy of Discrimination Among Women With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57(3), 399-402. doi: 10.1176/appi.ps.57.3.399

- Rüsch, N., Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Olschewski, M., & Corrigan, P. W. (2010). Automatically activated shame reactions and perceived legitimacy of discrimination: A longitudinal study among people with mental illness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*(1), 60-63. doi: 10.1016/j.jbtep.2009.10.002
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenia Research, 110*(1-3), 59-64. doi: 10.1016/j.schres.2009.01.006
- Sarkin, A., Lale, R., Sklar, M., Center, K. C., Gilmer, T., & Ojeda, V. D. (2014) Stigma experienced by people using mental health services in San Diego County. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*(5), 747-756. doi: 10.1007/s00127-014-0979-9
- Schneider, J., Beeley, C., Scales, K., Baily, S., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Ward features and stigma experiences of mental health service users in Belgium and England: A replication study. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(6) 602–608. doi: 10.1177/0020764012447884
- Schulze, B., Stuart, H., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Das Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen (ISE): Ein neues Instrument zur quantitativen Erfassung subjektiven Stigmas. *Psychiatrische Praxis, 36*(8), 19-27. doi: 10.1055/s-0029-1223337
- Staring, A. B. P., Gaag, M. V., Berge, M. V., Duivenvoorden, H. J., & Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum

- disorders. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 363-369. doi: 10.1016/j.schres.2009.06.015
- Stuart, H., Milev, R., & Koller, M. (2005). The Inventory of Stigmatizing Experiences: its development and reliability. *World psychiatry*, 4(1), 35-39. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/285795492_The_Inventory_of_Stigmatizing_Experiences_Its_development_and_reliability
- Świtaj, P. S., Chrostek, A., Grygiel, P., Wciorka, J., & Anczewska, M. (2016). Exploring Factors Associated with the Psychosocial Impact of Stigma Among People with Schizophrenia or Affective Disorders. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 370-378. doi: 10.1007/s10597-014-9800-1
- Świtaj, P., Anczewska, M., Chrostek, A., Grygiel, P., Prot-Klinger, K., Choma, M., & Wciórka, J. (2013). The sense of coherence as a predictor of the scope and impact of stigma experiences among people with mental illness. *Psychiatry Research*, 209(2), 249-251. doi: 10.1016/j.psychres.2013.04.018
- Świtaj, P., Wciórka, J., Smolarska-Awitaj, J., & Grygiel, P. (2009). Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(8), 513-520. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.06.003
- Świtaj, S., Grygiel, P., Wciórka, J., Humennyc, G., & Anczewska, M. (2013). The Stigma subscale of the Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ): A psychometric evaluation in Polish psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 713-719. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.03.001
- Świtaj, S., Wciórka, J., Grygiel, P., Anczewska, M., Schaeffer, E., Tyczynski, K., & Wisniewski, A. (2012). Experiences of stigma and discrimination among users of mental health services in Poland. *Transcultural Psychiatry*, 49(1), 51-68. doi: 10.1177/1363461511433143

- Świtaj, S., Wciórka, J., Grygiel, P., Smolarska-Świtaj, J., Anczewska, M., & Chrostek, N. (2010). Częstość doświadczeń stygmatyzacji u chorych na schizofrenię w porównaniu do pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *19*(4), 269–274. Retrieved from <http://www.ppn.ipin.edu.pl/archiwum/2010-zeszyt-4/czestosc-doswiadczen-stygmatyzacji-u-chorych-na-schizofrenie-w-porownaniu-do-pacjentow-z-innymi-problemami-zdrowotnymi.html>
- Świtaj, S., Wciórka, J., Grygiel, P., Smolarska-Świtaj, J., Anczewska, M., & Grzesik, A. (2011). Experience of stigma by people with schizophrenia compared with people with depression or malignancies. *The Psychiatrist*, *35*(4), 135-139. doi: 10.1192/pb.bp.110.029579
- Thomé, E. S., Dargél, A. A., Migliavacca, F. M., Potter, W. A., Jappur, D. M. C., Kapczinski, F., & Ceresér, K. M. (2012). Stigma experiences in bipolar patients: the impact upon functioning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*(8), 665-671. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01849.x
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, *373*(9661), 408-415. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6
- Townley, G., Brusilovskiy, E., & Salzer, M. S. (2017). Urban and non-urban differences in community living and participation among individuals with serious mental illnesses. *Social Science & Medicine*, *177*, 223-230. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.058

- Üçok, A., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., Yoo, C. K., . . . Thornicroft, G. (2011). Anticipated discrimination among people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica*, *125*(1), 77-83. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01849.x
- Vass, V., Morrison, A. P., Law, H., Dudley, J., Taylor, P., Mennett, K. M., & Bentall, R. P. (2015). How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Research*, *230*(2), 487-495. doi: 10.1016/j.psychres.2015.09.042
- Vass, V., Sitko, K., West, S., & Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin: the role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychological, Social and Integrative Approaches*, *9*(3), 235-244. doi: 10.1080/17522439.2017.1300184
- Vázquez, G. H., Kapczinski, F., Magalhaes, P. V., Córdoba, R., Jaramillo, C. L., Rosa, A. R., . . . Tohen, M. (2011). Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *130*(1-2), 323-327. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.012
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2008). Ward features affecting stigma experiences in contemporary psychiatric hospitals: a multilevel study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(5), 418-428. doi: 10.1007/s00127-008-0314-4
- Vidojević, I. M., Dragojević, N., & Tošković, O. (2015). Experienced and anticipated discrimination among people with major depressive disorder in Serbia. *International Journal of Social Psychiatry*, *61*(7), 638-644. doi: 10.1177/0020764014568325

- Vidojević, I. M., Jočić, D. D., & Tošković, O. (2011). Doživljena i anticipirana diskriminacija kod osoba sa dijagnozom shizofrenije. *Psihologija*, 44(2), 117–130. doi: 10.2298/PSI1102117M
- Vidojević, I. M., Jočić, D. D., & Tošković, O. (2012). Comparative study of experienced and anticipated stigma in Serbia and the world. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4) 355–361. doi: 10.1177/0020764011399000
- Wahl, O. F. (1999). Mental Health Consumers' Experience of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394
- Wang, K., Weiss, N. H., Pachankis, J. E., & Link, B. G. (2016). Emotional Clarity as a Buffer in the Association Between Perceived Mental Illness Stigma and Suicide Risk. *Stigma and Health*, 1(4), 252-262. doi: 10.1037/sah0000032
- Wang, X. W., Petrini, M. A., & Morisky, D. E. (2016). Comparison of the quality of life, perceived stigma and medication adherence of Chinese with schizophrenia: A follow-up study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 41-46. doi: 10.1016/j.apnu.2015.10.006
- Wang, X. W., Petrini, M. A., & Morisky, D. E. (2016). Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia. *Nursing and Health Sciences*, 19(2), 142-148. doi: 10.1111/nhs.12286
- Wood, L., & Irons, C. (2017). Experienced stigma and its impacts in psychosis: The role of social rank and external shame. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 419-431. doi: 10.1111/papt.12127
- Ye, J., Chen, T. F., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., & O'Reilly, C. L. (2016). Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(6), 532-541. doi: 10.1177/0020764016651459

Zäske, H., Linden, M., Degner, D., Jockers-Scherübl, M., Klingberg, S., Klosterkötter, J., . . . Gaebel, W. (2018). Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 1-10. doi: 10.1007/s00406-018-0892-4

Zoppei, S., Lasalvia, A., Bonetto, C., Bortel, T. V., Nyqvist, F., & Thornicroft, G. (2014). Social capital and reported discrimination among people with depression in 15 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1589-1598. doi: 10.1007/s00127-014-0856-6

Artigo II – Adaptação Transcultural da *The Stigma Scale* para o Português

Brasileiro: estudo piloto

Nicolas de Oliveira Cardoso

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Breno Sanvicente Vieira

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Wagner de Lara Machado

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Irani Iracema de Lima Argimon

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Resumo

O estigma da doença mental é apontado como um agravante dos quadros de transtorno mental, sendo recomendada pelo ministério da saúde a realização de pesquisas que auxiliem na identificação e intervenção a este fenômeno. Este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural da *The Stigma Scale* (SS) para o português brasileiro e verificar seus parâmetros psicométricos preliminares. O método deste estudo foi estruturado em cinco etapas: 1) obtenção da permissão para adaptação; 2) tradução do instrumento; 3) síntese e avaliação por especialistas; 4) retrotradução e avaliação por especialistas; 5) estudo piloto. A versão brasileira da SS foi aplicada em 23 pacientes psiquiátricos. O instrumento apresentou boas evidências de validade de conteúdo ($k = 0,81$) e consistência interna ($\alpha = 0,87$). Os participantes do estudo piloto não reportaram dificuldades relacionadas à compreensão dos itens. Os autores originais da SS aprovaram a versão brasileira do instrumento.

Palavras-chave: tradução; validação; estigma da doença mental; saúde mental.

Transcultural Adaptation of *The Stigma Scale* to Brazilian Portuguese: a pilot

study

Abstract

The mental illness stigma is pointed as an aggravating factor for mental disorders, hence, the department of health recommends the conduction of research that seeks to assist in the identification and intervention of this condition. This study aimed to transcultural adapt *The Stigma Scale* (SS) for Brazilian Portuguese and to verify its preliminary psychometric parameters. The methodology of this study was structured in five steps: 1) obtaining permission to adapt; 2) translation of the instrument; 3) synthesis and evaluation by specialists; 4) back-translation and specialists' evaluation; 5) pilot study. The Brazilian version of the SS showed good content validity ($k = 0,81$) and internal consistency ($\alpha = 0,87$). The pilot study sample did not report difficulties related to the understanding of the items. The original authors of the SS approved the Brazilian version of the instrument.

Keywords: translation; validation; mental illness stigma; mental health.

Introdução

O estigma é utilizado para definir características e/ou comportamentos que diferem daqueles exibidos pela maioria dos indivíduos que compõem uma sociedade, sendo comum que pessoas que apresentem características consideradas atípicas sejam depreciadas e em alguns casos excluídas do meio cultural a qual fazem parte. O estigma é um fenômeno social, não sendo inerente apenas a um indivíduo ou grupo de pessoas (Corrigan & Watson, 2002; Goffman, 1988; Regnerus, 2017).

Inúmeros estigmas estão presentes na sociedade brasileira, principalmente contra minorias (Magno, Dourado, & Silva, 2018), pessoas com diagnóstico de HIV (Garbin, Martins, Belila, & Garbin, 2017), ou de doença mental (Weber & Juruena, 2017). O estigma da doença mental (EDM) é considerado um fator agravante dos quadros psicopatológicos (Gumus, Dikec, & Ergun, 2017; Weber & Juruena, 2017). O EDM pode ser dividido em quatro categorias: 1) estigma internalizado; 2) estigma antecipado; 3) estigma experienciado; e 4) estigma percebido.

O estigma internalizado está relacionado à absorção dos estereótipos, preconceitos e discriminações sociais ao *self* (si próprio) (Corrigan & Watson, 2002; Fox, Earnshaw, Taverna, & Vogt, 2017). O estigma antecipado pode ser compreendido como a expectativa de ser vítima de estereótipos, preconceito ou discriminação (Bos et al., 2013; Fox et al., 2017). Já o estigma experienciado é constituído por meio de situações, durante o decorrer do ciclo vital, nas quais uma pessoa foi discriminada em decorrência de seu diagnóstico de transtorno mental (Fox et al., 2017; Wahl, 1999). Por fim, o estigma percebido é uma característica presente tanto no estigmatizador como no estigmatizado e é definido como a percepção social dos estereótipos, preconceitos e discriminações sociais contra pessoas com doença mental (Bos et al., 2013; Fox et al., 2017).

Uma revisão sistemática recente constatou a existência de mais de 400 instrumentos que se propõem a medir o EDM (Fox et al., 2017). Sendo que dois terços dessas escalas não foram submetidas a processos de validação. Além disso, boa parte das escalas restantes tem por foco a mensuração do estigma internalizado ou o estigma característico de um transtorno mental específico (e.g. depressão), ou avaliam a percepção da comunidade e profissionais da área da saúde sobre o EDM. Poucos são os instrumentos com enfoque no EDM experienciado por pessoas que vivem com um transtorno mental. Um dos instrumentos conhecidos por avaliar o estigma experienciado é a *The Stigma Scale* (SS).

A SS foi desenvolvida na Inglaterra por King et al. (2007), apresentando 28 itens em sua versão original, com o intuito de mensurar o estigma percebido e experienciado por indivíduos com diagnóstico de doença mental. Este instrumento se destaca por ter sido adaptado para seis países, apresentando boas evidências de consistência interna tanto em sua versão original quanto em suas adaptações transculturais. Contudo, duas exceções foram observadas nos estudos de Ho et al. (2015) e Morandi et al., (2013) ocorrendo a necessidade de redução no número de itens das adaptações devido à obtenção de índices de consistência interna muito baixos.

A principal crítica durante a validação original da *The Stigma Scale* está relacionada a não diferenciação dos escores de estigma de pacientes em internação psiquiátrica e pacientes ambulatoriais visto que, pacientes em internação podem apresentar maior sintomatologia a ponto de interferir no juízo crítico (e.g. delírios e alucinações) (Haghighat, 2007). Os próprios autores da *The Stigma Scale* sugeriram a realização de novos estudos para avaliação do instrumento em diferentes características clínicas e demográficas, em especial as diferenças entre sexo, etnia e entre indivíduos com e sem sintomas característicos de transtorno mental (King et al., 2007). No entanto,

a maior parte das adaptações não avaliaram a presença de sintomas psiquiátricos durante a mensuração do EDM. Talvez uma solução possível para essa situação seja a formulação de tabelas normativas para a *The Stigma Scale*, visto que até onde se tem conhecimento, este processo não costuma ser realizado nas adaptações deste instrumento (Meier, Csiernik, Warner, & Forchuk, 2015; Morandi et al., 2013; Reynoso, Dávalos, & García, 2011; Sarkin et al., 2015).

A literatura também sugere que o diagnóstico pode influenciar os escores do EDM. Contudo, não há um consenso sobre qual patologia é mais estigmatizada, quando comparadas, existem estudos que apontam para os transtornos de humor (Corker et al., 2014; Picco et al., 2017) e outros para os transtornos psicóticos (Sarkin et al., 2015; Ilic et al., 2013). Independentemente de qual seja o diagnóstico mais estigmatizado, sabe-se que a “Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde” aponta o EDM como um dos principais enfoques para estudo no campo da saúde mental brasileira (Brasil, 2015).

Essa preocupação ocorre devido à redução da busca por tratamento psicológico e a não adesão dos pacientes ao tratamento, os quais podem parar de tomar as medicações ou frequentar as sessões de psicoterapia devido ao EDM presente na sociedade (Fox et al., 2017; Corrigan, Druss, & Perlick, 2014). Considerando este cenário, assim como a carência de instrumentos para mensuração da percepção e das experiências relacionadas ao EDM no Brasil, esse estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural da *The Stigma Scale*, para o português brasileiro e verificar seus parâmetros psicométricos preliminares.

No presente estudo será investigada a fidedignidade do instrumento por meio da análise de concordância entre juízes e consistência interna. Espera-se a obtenção de

níveis de concordância entre juízes superiores a $\kappa \geq 0.6$ e níveis de fidedignidade $\alpha \geq 0.70$.

Método

Os procedimentos utilizados para a adaptação transcultural da *The Stigma Scale* seguiram as recomendações de Guillemmin et al. (1993) e da *International Test Commission* (ITC, 2017). A Figura 1 apresenta um fluxograma composto pelos passos utilizados para a adaptação transcultural da *The Stigma Scale*, que serão expostos nas seções seguintes.

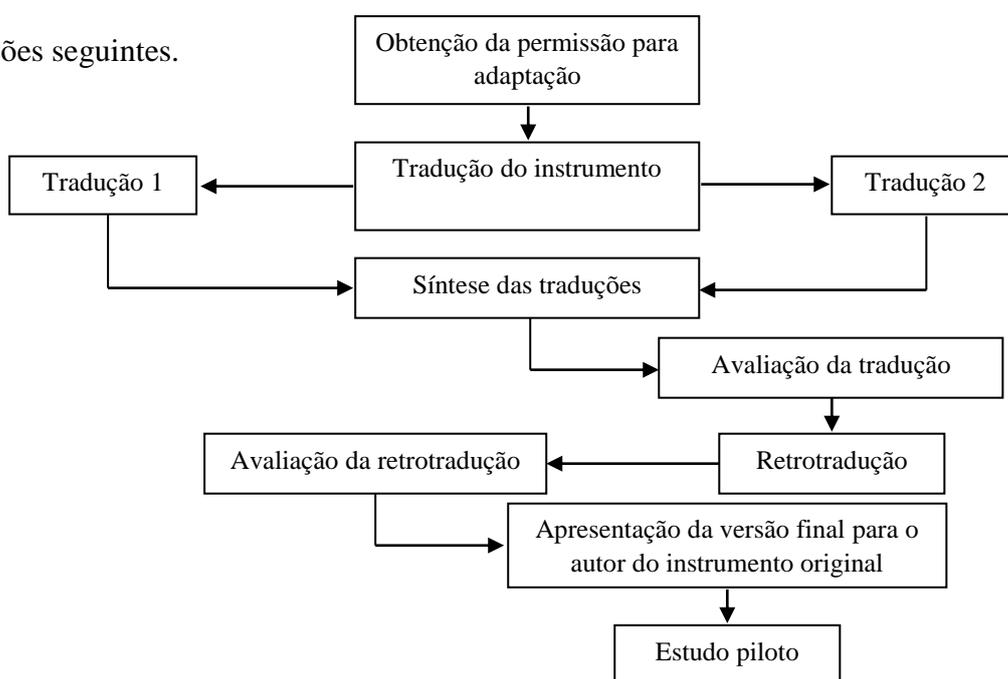


Figura 1. Procedimentos para adaptação transcultural da *The Stigma Scale*

Obtenção da permissão para adaptação

O processo de adaptação transcultural da *The Stigma Scale* teve início após a obtenção da autorização dos dois primeiros autores do instrumento (King et al., 2007). Os autores autorizaram a adaptação e solicitaram que a versão retrotraduzida fosse enviada para sua apreciação. Desta forma, além dos seis passos seguidos baseados nos modelos de Guillemmin et al. (1993) e da ITC (2017) também realizamos outra etapa, antes da realização do estudo piloto, de envio da versão retrotraduzida aos autores do instrumento.

Tradução do instrumento

Foram realizadas duas traduções independentes da versão original em inglês da *The Stigma Scale* para o português brasileiro. Ambos os tradutores eram bilíngues, um psicólogo nativo brasileiro com proficiência em língua inglesa e conhecimento técnico na área do EDM e por outro tradutor nativo canadense com proficiência em português e sem conhecimento técnico do vocabulário da área investigada.

Síntese e avaliação por especialistas

A síntese das duas traduções foi realizada por uma psicóloga com experiência na construção de medidas psicológicas. Foi levada em consideração a equivalência semântica, idiomática e conceitual, assim como a utilização de linguagem mais simples, a qual possibilitaria a compreensão do instrumento em populações com baixa escolaridade. A versão unificada foi avaliada por três especialistas com experiência na construção de medidas psicológicas.

Retrotradução e avaliação por especialistas

A versão final da escala em português, após realização das modificações sugeridas pelos especialistas, foi traduzida para o inglês por um nativo australiano com proficiência em português sem conhecimento técnico da área investigada. A versão retrotraduzida foi comparada com a versão original do instrumento por outro especialista com experiência na construção de medidas psicológicas, o qual não participou em nenhuma das etapas anteriores da adaptação. Essa versão também foi avaliada por um dos autores da versão original do instrumento e pelos autores do presente estudo.

Estudo piloto

Os autores deste estudo elaboraram uma figura de suporte (apêndice I) com as cinco opções de resposta da *The Stigma Scale* a qual poderá ser entregue aos

participantes que não desejarem ou estiverem impossibilitados (e.g. lesão em membro superior) de preencher o instrumento. Nestes casos, o entrevistador poderá ler o instrumento ao participante e assinalar a alternativa indicada por ele. Essa figura foi cogitada, pois parte da amostra para investigação de evidências de validade da estrutura interna da *The Stigma Scale* será composta por pacientes hospitalares. Além disso, com o intuito de avaliar a clareza do formato de apresentação e linguagem do instrumento, também foi elaborado um questionário para avaliação da *The Stigma Scale*, pelos participantes do estudo piloto, composto por duas questões quantitativas e duas qualitativas. As questões quantitativas são referentes ao entendimento das instruções e tamanho da letra: 1) As instruções do questionário são claras e de fácil entendimento? 2) O tamanho da letra foi adequado e fácil de ser lido?

Essas questões foram mensuradas através de escala Likert de 0-4 onde 0 representa “nada compreensível” e 4 “totalmente compreensível”. As questões qualitativas estão relacionadas à clareza dos itens e conteúdo: 1) Alguma palavra não ficou clara para você? Qual? Tem alguma sugestão? 2) Alguma questão não ficou clara? Qual? O que não ficou claro? Tem alguma sugestão?

Participantes

Participaram deste estudo 23 adultos internados em um hospital geral ou em tratamento ambulatorial na região metropolitana de Porto Alegre com média de idade de 39 anos ($\pm 14,3$), sendo a maioria dos participantes do sexo masculino ($n = 14$; 61%). Os diagnósticos mais prevalentes na amostra foram: o Transtorno por Uso de Álcool ($n = 7$; 30,4%), Transtorno Depressivo Maior induzido por substância e Transtorno De Ansiedade Generalizada, ambos com a mesma prevalência ($n = 5$; 21,7%), seguidos pela Depressão Maior ($n = 4$; 17,3%). Embora todos os participantes fizessem uso de

alguma medicação, mais da metade ($n = 13$; 56,5%) não souberam informar seu nome nem há quanto tempo a utilizavam.

Em relação à presença de doença psiquiátrica na família, pouco mais de um terço da amostra ($n = 8$; 34,7%) informou possuir pelo menos um familiar com diagnóstico psiquiátrico. Em geral, quando questionados sobre seu diagnóstico, pouco menos da metade dos participantes ($n = 10$; 43,4%) aceitavam sua condição clínica. Observou-se ainda que menos da metade da amostra concluiu o ensino médio ($n = 11$; 47,8%). A Tabela 1 exibe detalhadamente os dados sociodemográficos e de saúde da amostra.

Tabela 1

Caracterização da amostra ($n = 23$)

ID	Idade (sexo)	Diagnóstico	Med (tempo)	Familiar c/ Diag. Psiq.	Concorda c/ Diag.	Escolaridade
IP01	39(M)	Tr. Depressivo Persistente c/ Sintomas Psicóticos	N/S	Sim	Sim	Médio Incompleto
IP02	34(M)	Tr. Por Uso de Cocaína/Crack Tr. Por Uso de Álcool Tr. De Ansiedade Generalizada	N/S	Sim	Sim	Médio Completo
IP07	56(F)	Tr. Depressivo Persistente Tr. De Ansiedade Generalizada	N/S	Não	Sim	Fundamental Completo
IP11	21(M)	Tr. Por Uso de Cannabis Tr. Psicótico Induz. Subst.	Haldol, Lítio, Sertralina (21 dias)	Não	Sim	Médio Completo
IP12	52(M)	Tr. Depressivo Maior c/ Sintomas Psicóticos Tr. De Ansiedade Generalizada	Lítio Carbamazepina Donaren (6 anos)	Sim	Sim	Fundamental Completo
IP13	58(M)	Tr. Depressivo Maior Passado Induz. Subst. Tr. Por Uso Álcool	Diazepan (38 anos)	Não	MSS	Médio Completo
IP14	19(F)	Tr. Depressivo Maior Tr. De Personalidade Borderline	Fluoxetina (7 dias)	Não	Não	Médio Incompleto
IP15	31(M)	Tr. Psicótico Induz. Subst. Tr. Depressivo Maior Passado Induz. Subst. Tr. De Ansiedade Generalizada Induz. Subst.	N/S	Não	MSS	Fundamental Completo
IP18	40(F)	Tr. Depressivo Maior Passado Induz. Subst. Tr. Por Uso de Álcool; TEPT	Fluoxetina (7 dias)	Sim	Sim	Fundamental Incompleto
IP26	56(F)	Tr. Depressivo Maior; TEPT Tr. De Ansiedade Generalizada	N/S	Sim	Não	Fundamental Incompleto

Legenda: ID - código do participante; IP - internação psiquiátrica; AMB - ambulatorial; M – masculino; F – feminino; Tr. – transtorno; TEPT – transtorno de estresse pós-traumático; TDAH – transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; Med – medicamento; Diag – diagnóstico; Psiq – psiquiátrico N/S – não sabia; MSS – *missing*.

Tabela 1*Caracterização da amostra (n = 23) (continuação)*

ID	Idade (sexo)	Diagnóstico	Med (tempo)	Familiar c/ Diag. Psiq.	Concorda c/ Diag.	Escolaridade
IP27	23(F)	Tr. Depressivo Maior Passado TOC	N/S	Sim	Sim	Superior Incompleto
IP28	42(M)	Tr. Por Uso de Álcool	N/S	Não	MSS	Não Alfabetizado
IP29	42(M)	Tr. Por Uso de Álcool	N/S	Não	N/S	Médio Completo
IP30	53(M)	Tr. Por Uso de Álcool Tr. Depressivo Maior Induz. Subst.	N/S	Não	MSS	Médio Completo
IP31	20(F)	Anorexia	N/S	Não	N/S	Médio Completo
IP32	26(M)	Tr. Delirante Atual TEPT	Haldol (N/S)	Não	N/S	Fundamental Completo
IP33	22(M)	Tr. Uso de Cocaína	N/S	Não	MSS	Fundamental Completo
IP34	58(M)	Tr. Por Uso de Álcool	N/S	Não	Sim	Fundamental Incompleto
IP35	45(F)	Tr. Depressivo Atual Induz. Subst. Tr. Por Uso De Ansiolítico	N/S	Não	MSS	Médio Incompleto
AMB 01	61(M)	Tr. Depressivo Maior Atual Tr. De Ansiedade Generalizada	Rivotril (N/S)	Sim	Não	Superior Incompleto
AMB 02	19(F)	TDAH	Ritalina (4 anos)	Não	Sim	Superior Incompleto
AMB 03	39(F)	Tr. De Ansiedade Generalizada TDAH	Venvanse (5 anos)	Sim	Sim	Doutorado Incompleto
AMB 04	43(M)	Esquizofrenia	Olanzapina (11 anos)	Não	N/S	Médio Completo

Legenda: ID - código do participante; IP - internação psiquiátrica; AMB - ambulatorial; M – masculino; F – feminino; Tr. – transtorno; TEPT – transtorno de estresse pós-traumático; TDAH – transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; Med – medicamento; Diag – diagnóstico; Psiq – psiquiátrico N/S – não sabia; MSS – missing.

Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos e de saúde

Este questionário contemplou variáveis relacionadas à idade, sexo, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, saúde mental e uso de medicamentos.

Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 – Versão Clínica (SCID-5-CV)

A SCID-5-CV foi utilizada para confirmar a presença de algum transtorno mental específico, ou a ausência destes (First, Williams, Karg, & Spitzer, 2015). A

SCID-5-CV é um guia de entrevista para a realização do diagnóstico dos transtornos psiquiátricos encontrados no contexto clínico. O aplicador foi treinado para seu uso. O instrumento foi desenhado para ser administrado por qualquer profissional da área de saúde.

The Stigma Scale

A escala original elaborada por King et al. (2007) é composta por 28 questões que avaliam o estigma percebido e experienciado por indivíduos com diagnóstico de transtorno mental, sendo dividida em três subescalas: 1) discriminação; 2) revelação; e 3) aspectos positivos. A consistência interna do instrumento original foi de $\alpha = 0,87$.

A subescala 1 (itens 1, 2, 8, 9, 11, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 26) avalia a capacidade de perceber as atitudes preconceituosas de outras pessoas e experiências de vida onde foi vítima de discriminação devido ao diagnóstico de transtorno mental. Exemplos de itens: 1) Eu fui discriminado durante os estudos devido aos meus problemas de saúde mental; 2) Às vezes sinto que estão falando de mim devido aos meus problemas de saúde mental. Este fator apresentou fidedignidade de $\alpha = 0,87$ em sua versão original.

A subescala 2 (itens 4, 5, 12, 14, 15, 16, 24, 25, 27 e 28) mensura a percepção dos indivíduos frente à possibilidade de revelar, aos amigos ou membros da comunidade, que possuem diagnóstico de transtorno mental. Exemplos de itens: 14) Eu não me importo que as pessoas da minha vizinhança saibam que já tive problemas de saúde mental; 27) Eu sinto a necessidade de esconder meus problemas de saúde mental dos meus amigos. Este fator exibiu fidedignidade de $\alpha = 0,85$ em sua versão original.

A subescala 3 (itens 3, 6, 7, 10 e 23) investiga os possíveis pontos positivos de uma doença mental. Exemplos de itens: 10) Meus problemas de saúde mental me fizeram aceitar melhor as outras pessoas; 23) Ter tido problemas de saúde mental me

fez uma pessoa mais forte. A fidedignidade deste fator foi de $\alpha = 0,64$ em sua versão original.

A versão original da *The Stigma Scale* apresenta opções de resposta em escala *Likert*, variando entre 1 a 5. Estes números são representados da seguinte forma: 1 – discordo plenamente; 2 – discordo; 3 – não concordo e nem discordo; 4 – concordo; e 5 – concordo plenamente. Alguns itens do instrumento são avaliados de forma reversa, logo, apenas a soma do escore total obtido no instrumento não é suficiente para mensurar se o participante apresenta alto índice de EDM. A escala é autoaplicável e leva entre 5-10 minutos para ser preenchida.

Procedimentos de coleta e análise de dados

Todos os dados foram obtidos de adultos entre os 18 e 61 anos, fluentes em Português Brasileiro, com diagnóstico de transtorno mental, que manifestaram interesse em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram selecionados por conveniência. Visando avaliar a clareza da linguagem do instrumento a ser adaptado, após o preenchimento dos instrumentos da pesquisa, os participantes foram divididos em dois grupos: (I) participantes em internação psiquiátrica; (II) participantes ambulatoriais.

- I. Participantes em internação psiquiátrica – composto por indivíduos internados em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral da região metropolitana de Porto Alegre.
- II. Participantes ambulatoriais – composto por indivíduos com diagnóstico de transtorno mental residentes da região metropolitana de Porto Alegre.

Foram excluídos os participantes que não concluíram todas as medidas e procedimentos planejados ($n = 16$). Todos os participantes excluídos faziam parte do grupo IP, o qual era composto originalmente por 35 participantes, o que caracteriza uma

perda amostral de 45,7%, visto que apenas 19 participantes deste grupo responderam a todos os questionários propostos. Essa perda amostral está relacionada principalmente a alta dos participantes da internação psiquiátrica antes da aplicação de todos os testes.

Todas as análises foram realizadas através do programa estatístico R versão 3.5.1 (R Core Team, 2018). Evidências de validade de conteúdo foram obtidas considerando a representatividade dos itens, por meio da avaliação dos juízes e estudo piloto. Os juízes/especialistas que participaram da adaptação do instrumento receberam por e-mail o instrumento traduzido e o devolveram com sugestões de alterações dos itens e título da escala.

O índice de confiabilidade entre avaliadores foi mensurado através do índice *Light's Kappa*, o qual foi desenvolvido para análise da concordância entre três ou mais avaliadores, sendo a análise mais recomendada para estes casos (Hallgren, 2012; Light, 1971). A análise da confiabilidade entre os avaliadores, através do índice *Light's Kappa*, foi realizada no *software* R através da instalação e utilização do pacote de dados “IRR” (Gamer, Lemon, Fellows, & Singh, 2015).

Após a adaptação da escala, o projeto foi apresentado à direção de um hospital geral da região metropolitana de Porto Alegre. A partir da autorização do hospital e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) sob o CAAE nº 70815317.0.0000.5349, indivíduos em internação psiquiátrica em um hospitalar geral ou em tratamento ambulatorial residentes na região metropolitana de Porto Alegre foram convidados a participar do estudo. A consistência interna da versão final da *The Stigma Scale* (e subescalas), traduzida e adaptada para o português brasileiro, foi estimada por meio de matrizes de correlações policóricas dos itens e do coeficiente *Alpha* de Cronbach ordinal (Zumbo, Gadermann, & Zeisser, 2007), ambas

as equações foram computadas no *software* R através da utilização do pacote de dados “Psych” (Revelle, 2018).

Resultados

Após a realização das traduções da *The Stigma Scale* e obtenção da versão sintetizada do instrumento, a escala foi submetida à três especialistas independentes. Os especialistas sugeriram modificações relacionadas à equivalência semântica e idiomática de algumas expressões presentes nos itens do instrumento. A Tabela 2 exhibe os itens da versão sintetizada em português brasileiro, as sugestões de modificações dos especialistas e a versão adaptada e enviada para retrotradução após a apreciação das sugestões.

Tabela 2*Sugestões dos especialistas durante a adaptação transcultural da The Stigma Scale*

Versão sintetizada	Versão enviada para retrotradução
Escala de Estigma	Escala de estigma da doença mental
1. Eu fui discriminado na educação devido aos meus problemas de saúde mental	Eu fui discriminado durante os estudos...
2. Às vezes sinto que estão falando de mim devido aos meus problemas de saúde mental	Mantido
3. Ter tido problemas de saúde mental me tornou uma pessoa mais compreensiva	Mantido
4. Eu não me sinto mal por ter tido problemas de saúde mental	Mantido
5. Tenho receio de dizer às pessoas que recebo tratamento psicológico	Tenho receio de dizer às pessoas que faço tratamento psicológico
6. Algumas pessoas com problemas de saúde mental são perigosas	Mantido
7. As pessoas têm sido compreensivas com meus problemas de saúde mental	Mantido
8. Fui discriminado pela polícia por causa dos meus problemas de saúde mental	Mantido
9. Fui discriminado por meus empregadores por causa dos meus problemas de saúde mental	Fui discriminado por meus chefes...
10. Meus problemas de saúde mental me fizeram aceitar melhor as outras pessoas	Mantido
11. Muitas vezes eu me sinto sozinho por causa dos meus problemas de saúde mental	Mantido
12. Tenho medo de como outras pessoas irão reagir se descobrirem sobre meus problemas de saúde mental	Mantido
13. Eu poderia ter tido melhores chances na vida se não tivesse tido problemas de saúde mental	Mantido
14. Eu não me importo que as pessoas da minha vizinhança saibam que já tive problemas de saúde mental	Mantido
15. Eu diria que tive problemas de saúde mental se estivesse em uma entrevista de emprego	Mantido
16. Tenho receio de dizer às pessoas que tomo medicamentos para problemas de saúde mental	Mantido
17. A reação das pessoas aos meus problemas de saúde mental fazem com que eu me isole	Mantido
18. Eu estou com raiva da maneira que as pessoas reagiram aos meus problemas de saúde mental	Eu sinto raiva...
19. Eu não tive qualquer problema com as pessoas devido aos meus problemas de saúde mental	Mantido
20. Eu fui discriminado por profissionais de saúde devido aos meus problemas de saúde mental	Já me senti discriminado...
21. Pessoas me evitaram por causa dos meus problemas de saúde mental	Já me evitaram por causa dos meus problemas de saúde mental
22. Pessoas me insultaram por causa dos meus problemas de saúde mental	Já me insultaram por causa dos meus problemas de saúde mental
23. Ter tido problemas de saúde mental me fez uma pessoa mais forte	Mantido
24. Eu não me sinto constrangido por causa dos meus problemas de saúde mental	Mantido
25. Eu evito contar às pessoas sobre os meus problemas de saúde mental	Mantido
26. Ter tido problemas de saúde mental me faz sentir que a vida é injusta	Mantido
27. Eu sinto a necessidade de esconder meus problemas de saúde mental dos meus amigos	Mantido
28. Eu acho difícil dizer às pessoas que tenho problemas de saúde mental	Mantido

O nível de concordância entre os especialistas, obtido através do índice *Light's Kappa* (Apêndice II), foi de 0,81, com escore $z = 1,98$, e $p \leq 0,05$ o que indica concordância substancial entre as avaliações dos especialistas. Sendo assim, a Escala de Estigma da Doença Mental (EEDM) manteve os 28 itens de sua versão original. Contudo, com o intuito de garantir a equivalência semântica e idiomática dos itens no contexto brasileiro, alguns itens foram reformulados conforme sugerido pelos especialistas.

Posteriormente, foi realizada a retrotradução, por um nativo australiano sem conhecimento técnico do vocabulário da área de estudo. Não foram constatadas diferenças significativas entre a versão original da *The Stigma Scale* e a retrotraduzida. Sendo assim, não houveram sugestões de alterações pelos avaliadores da versão retrotraduzida ficando esta versão estabelecida para realização do estudo piloto.

Avaliação do estudo piloto

Em relação à compreensão verbal, todos os participantes do grupo AMB responderam ao questionário para avaliação da EEDM formulado pelos autores deste estudo. Nenhum dos participantes relatou dúvidas ou dificuldades relacionadas ao entendimento do conteúdo do instrumento. Alguns dos participantes em IP ($n = 6$) responderam a este questionário, sendo que dois sinalizaram a necessidade de aumentar o tamanho da fonte utilizada (*Times New Roman, 10*). Nenhum dos seis participantes relatou dúvidas ou dificuldades relacionadas ao entendimento do conteúdo do instrumento. A Tabela 3 apresenta a avaliação preliminar da consistência interna da EEDM e comparação com sua versão original e adaptações subsequentes que mantiveram os 28 itens originais do instrumento.

Tabela 3

Consistência interna da EEDM e comparação com sua versão original e outras adaptações.

Consistência interna	Subescala de discriminação (13 itens)	Subescala de revelação (10 itens)	Subescala de aspectos positivos (5 itens)	Total (28 itens)
Brasil (presente estudo) ³	0,80	0,78	0,58	0,87
Japão (Mizuno et al., 2017) ²	0,84	0,86	0,82	0,89
Canadá (Meier et al., 2015) ¹	0,83	0,79	0,46	0,86
EUA (Sarkin et al., 2014) ¹	0,88	0,85	0,52	0,87
México (Reynoso et al., 2011) ¹	0,83	0,76	0,60	0,87
Inglaterra/Original (King et al., 2007) ¹	0,87	0,85	0,64	0,87

Legenda: ¹ α de Cronbach; ² Ω ; ³ α Ordinal

Discussão

Este estudo objetivou apresentar as etapas de adaptação transcultural e as primeiras evidências de parâmetros psicométricos da EEDM. Foram cumpridas as etapas iniciais para o fornecimento de um novo instrumento psicométrico capaz de mensurar o EDM em população brasileira. Embora a amostra deste estudo seja menor, por se tratar de um estudo piloto, do que as utilizadas pelas demais adaptações expostas na Tabela 3, observa-se semelhança nos níveis de consistência interna obtidos entre as adaptações. Em especial com os resultados obtidos por Reynoso et al. (2011).

Estes resultados sugerem que a versão final da EEDM (apêndice III) apresenta consistência interna preliminar satisfatória em brasileiros com diagnóstico de transtorno mental (Apêndice IV). Destaca-se que embora alterações relacionadas a algumas expressões britânicas, pouco ou não utilizadas no Brasil, tenham sido realizadas, poucos itens foram modificados. Tal fato reforça a similaridade da versão brasileira da EEDM com sua versão original (King et al., 2007).

Ressaltamos que este artigo apresenta apenas evidências preliminares de validade da EEDM, sendo assim, outros estudos, que contemplem um número maior de participantes, e ampliem as evidências de validade apresentadas neste estudo, devem ser

conduzidos. Visto que alguns autores destacam que a adaptação transcultural representa as primeiras etapas do processo de validação de um instrumento psicométrico (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012; Guillemmin et al. 1993; Urbina, 2007). Além disso, existe um consenso de que não há um número de evidências de validade ou mesmo de testes estatísticos específicos os quais devam ser utilizados para que determinado instrumento seja considerado “válido”. Porém, sabe-se que quanto maior o número de evidências psicométricas fornecidas por um instrumento, maior será a sua confiabilidade (Borsa, Damásio, & Bandeira, 2012; Urbina, 2007).

Além do número de participantes, este estudo também apresenta como limitação a utilização de uma amostra composta quase exclusivamente de pacientes em internação psiquiátrica. Conforme exposto anteriormente, é importante que estudos sejam realizados levando em consideração os pacientes ambulatoriais (King et al., 2007; Haghghat, 2007).

Por fim, esperamos que este estudo contribua com o campo da avaliação psicológica no EDM. Em especial, para o desenvolvimento de pesquisas que investiguem a prevalência do EDM na população brasileira, para que estratégias de intervenção, em linha com o desenvolvimento de novas políticas públicas, sejam formuladas visando atender as demandas da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Brasil, 2015).

Agradecimentos

Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – código de financiamento 001

Referências

- Brasil. (2015). *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. Retrieved from world wide web <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014
- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1–9. doi: 10.1080/01973533.2012.746147
- Corker, E. A., Beldie, A., Brain, C., Jakovljevic, M., Jarema, M., Karamustafalioglu, O., . . . & Thornicroft, G. (2014). Experience of stigma and discrimination reported by people experiencing the first episode of schizophrenia and those with a first episode of depression: The FEDORA project. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 438-445. doi: 10.1177/0020764014551941
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. doi: 10.1093/clipsy.9.1.35
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. doi:10.1177/1529100614531398
- First, M., Williams, J., Karg, R., & Spitzer, R. (2015). *Clinical Interview for DSM-5 - Research Version (SCID-5 for DSM-5, Research Version; SCID-5 RV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E., & Vogt, D. (2017). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and Health*, 3(4), 348-376. doi: 10.1037/sah0000104

- Gamer, M., Lemon, J., Fellows, I., & Singh, P. (2015). Various Coefficients of Interrater Reliability and Agreement. *The R Project for Statistical Computing*. Recuperado de <<https://cran.r-project.org/web/packages/irr/irr.pdf>>
- Garbin, C. A. S., Martins, R. J., Belila, N. D. M., & Garbin, A. J. Í. (2017). O estigma de usuários do sistema público de saúde brasileiro em relação a indivíduos HIV positivo. *DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 29(1), 12-16. Recuperado de http://www.dst.uff.br/revista29-1-2017/DST%20v29n1_12-16_PT.pdf
- Goffman, E. (1988). *estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4^a ed. São Paulo: LTC.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432. doi: 10.1016/0895-4356(93)90142-N
- Gumus, F., Dikec, G., & Ergun, G. (2017). Relations Among Internalized Stigmatization, Depressive Symptom Frequency and Family Loading in First-degree Caregivers of the Patients Treated in the Psychiatry Clinic of a State Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5), 522–527. doi: 10.1016/j.apnu.2017.05.003
- Haghighat, R. (2007). Measuring stigma: Comment. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 363-364. doi: 10.1192/bjp.191.4.363a
- Hallgren, K. A. (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: an overview and tutorial. *Tutorials in quantitative methods for psychology*, 8(1), 23.
- Ho, A. H. Y., Potash, J. S., Fong, T. C. T., Ho, V. F. L., Chen, E. Y. H., Lau, R. H., . . . Ho, R. T. H. (2015). Psychometric properties of a Chinese version of the Stigma

- Scale: examining the complex experience of stigma and its relationship with self-esteem and depression among people living with mental illness in Hong Kong. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 198-205. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.09.016
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., . . . Corrigan, P. W. (2013). Belittled, Avoided, Ignored, Denied: Assessing Forms and Consequences of Stigma Experiences of People With Mental Illness. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 31-35. doi: 10.1080/01973533.2012.746619
- International Test Commission (2017). International Test Commission guidelines for translating and adapting tests (second edition). Recuperado de https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., . . . Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190(3), 248-254. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024638
- Light, R. J. (1971). Measures of response agreement for qualitative data: some generalizations and alternatives. *Psychological bulletin*, 76(5), 365. doi: 10.1037/h0031643
- Magno, L., Dourado, I., & Silva, L. A. V. D. (2018). Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), e00135917. doi: 10.1590/0102-311X00135917
- Meier, A., Csiernik, R., Warner., & Forchuk, C. (2015). The Stigma Scale: A Canadian Perspective. *Social Work Research*, 39(4), 213-222. doi: 10.1093/swr/svv028
- Mizuno, M., Yamaguchi, S., Taneda, A., Hori, H., A., Aikawa, A., & Fujii, C. (2017). Development of Japanese version of King's Stigma Scale and its short version:

- Psychometric properties of a self-stigma measure. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 71(3), 189-197. doi: 10.1111/pcn.12470
- Morandi, S., Gibellini-Manetti, S., Zimmermann, G., Favrod, J., Chanachev, A., Monnat, M., & Bonsack, C. (2013). French translation, validation and adaptation of the Stigma Scale. *Encephale*, 39(6), 408-415. doi: 10.1016/j.encep.2013.03.002
- Picco, L., Lau, Y. W., Pang, S., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Mediating effects of self-stigma on the relationship between perceived stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients: findings from a cross-sectional survey in Singapore. *BMJ open*, 7(8), 1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018228
- Revelle, W. (2018). Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research. *The R Project for Statistical Computing*. Recuperado de <<https://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf>>
- R Core Team (2018). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.
- Regnerus, M. (2017). Is structural stigma's effect on the mortality of sexual minorities robust? A failure to replicate the results of a published study. *Social Science & Medicine*, 188,157-165. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.11.018
- Reynoso, S. F., Dávalos, R. M., & García, R. R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 34(4), 333-339. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n4/v34n4a6.pdf>
- Sarkin, A., Lale, R., Sklar, M., Center, K. C., Gilmer, T., Fowler, C., . . . Ojeda, V. D. (2015). Stigma experienced by people using mental health services in San Diego

County. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5), 747-756. doi: 10.1007/s00127-014-0979-9

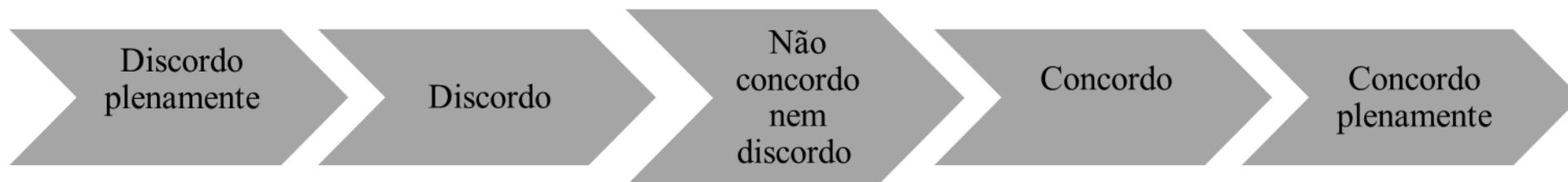
Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experiences of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/b5b0/a5e5e59ab1bc26892ea06d2d0560350b6254.pdf>

Weber, C. A. T., & Juruena, M. F. (2017). Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(3), 640-656. doi: 10.15309/17psd180302

Zumbo, B. D., Gadermann, A. M., & Zeisser, C. (2007). Ordinal versions of coefficients alpha and theta for Likert rating scales. *Journal of modern applied statistical methods*, 6(1), 4. doi: 10.22237/jmasm/117799218

Apêndice I
Figura de Suporte



Apêndice II

Código utilizado para obtenção do índice de concordância entre os juízes através do “*Light’s Kappa*” no *Software R*

```
library(irr)
kappam.light()
?kappam.light
concjuizes<-read.csv(file.choose(),sep=";")
View(nicb)
kappa_juizes<-kappam.light(concjuizes)
kappa_juizes
```

Light's Kappa for m Raters

```
Subjects = 28
Raters = 3
Kappa = 0.815
```

```
z = 1.98
p-value = 0.048
```

Apêndice III

Escala de Estigma da Doença Mental (EEDM)

Você encontrará abaixo uma lista de afirmações. Você deve assinalar, para cada uma delas, a resposta que melhor lhe descreve. Responda todas as questões sem exceção. Não gaste muito tempo pensando na resposta, a sua primeira impressão é a mais importante.

Questão	Resposta				
1. Eu fui discriminado durante os estudos devido aos meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
2. Às vezes sinto que estão falando de mim devido aos meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
3. Ter tido problemas de saúde mental me tornou uma pessoa mais compreensiva (D)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
4. Eu não me sinto mal por ter tido problemas de saúde mental (D)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
5. Tenho receio de dizer as pessoas que faço tratamento psicológico (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
6. Algumas pessoas com problemas de saúde mental são perigosas (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
7. As pessoas têm sido compreensivas com meus problemas de saúde mental (D)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
8. Fui discriminado pela polícia por causa dos meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
9. Fui discriminado por meus chefes por causa dos meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
10. Meus problemas de saúde mental me fizeram aceitar melhor as outras pessoas (D)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
11. Muitas vezes eu me sinto sozinho por causa dos meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
12. Tenho medo de como outras pessoas irão reagir se descobrirem sobre meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
13. Eu teria tido melhores chances na vida se não tivesse tido problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
14. Eu não me importo que as pessoas da minha vizinhança saibam que já tive problemas de saúde mental (D)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
15. Eu diria que tive problemas de saúde mental se estivesse em uma entrevista de emprego (D)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
16. Tenho receio de dizer às pessoas que tomo medicamentos para problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
17. A reação das pessoas aos meus problemas de saúde mental fazem com que eu me isole (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
18. Eu sinto raiva da maneira que as pessoas reagiram aos meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
19. Eu não tive nenhum problema com as pessoas devido aos meus problemas de saúde mental (D)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
20. Já me senti discriminado por profissionais de saúde devido aos meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
21. Já me evitaram por causa dos meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
22. Já me insultaram por causa dos meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
23. Ter tido problemas de saúde mental me fez uma pessoa mais forte (D)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
24. Eu não me sinto constrangido por causa dos meus problemas de saúde mental (D)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
25. Eu evito contar às pessoas sobre os meus problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
26. Ter tido problemas de saúde mental me faz sentir que a vida é injusta (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
27. Eu sinto a necessidade de esconder meus problemas de saúde mental dos meus amigos (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente
28. Eu acho difícil dizer às pessoas que tenho problemas de saúde mental (A)	Concordo plenamente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo plenamente

Apêndice IV

Código utilizado para obtenção da consistência interna da EEDM (*Alpha Ordinal*)

no *Software R*

```

eedm<-read.csv(file.choose(),sep=";")
View(eedm)
library(psych)
alpha(cor_auto(ss[,c(1,2,8,9,11,13,17,18,19,20,21,22,26)]),n.obs=23,check.keys=TRUE)

#RCall: alpha(x = cor_auto(ss[, c(1, 2, 8, 9, 11, 13, 17, 18, 19, 20,
#          21, 22, 26)]), check.keys = TRUE, n.obs = 23)
#raw_alpha std.alpha G6(smc) average_r S/N ase
#0.8  0.8  1  0.23 4 0.062
#lower alpha upper 95% confidence boundaries
#0.68 0.8 0.92
alpha(cor_auto(ss[,c(4,5,12,14,15,16,24,25,27,28)]),n.obs=23,check.keys=TRUE)
#Call: alpha(x = cor_auto(ss[, c(4, 5, 12, 14, 15, 16, 24, 25, 27, 28)]),
#          check.keys = TRUE, n.obs = 23)
#raw_alpha std.alpha G6(smc) average_r S/N ase
#0.78 0.78 1 0.26 3.5 0.069
#lower alpha upper 95% confidence boundaries
#0.64 0.78 0.91
alpha(cor_auto(ss[,c(3,6,7,10,23)]),n.obs=23,check.keys=TRUE)
#Call: alpha(x = cor_auto(ss[, c(3, 6, 7, 10, 23)]), check.keys = TRUE,
#          n.obs = 23)
#raw_alpha std.alpha G6(smc) average_r S/N ase
#0.58 0.58 0.62 0.21 1.4 0.14
#lower alpha upper 95% confidence boundaries
#0.3 0.58 0.85
alpha(cor_auto(ss),n.obs=23,check.keys = TRUE)
#Call: alpha(x = cor_auto(ss), check.keys = TRUE, n.obs = 23)
#raw_alpha std.alpha G6(smc) average_r S/N ase
#0.87 0.87 1 0.19 6.6 0.04
#lower alpha upper 95% confidence boundaries
#0.79 0.87 0.95

```

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que, após a realização da revisão sistemática, foram identificados cinco instrumentos utilizados para a mensuração do estigma percebido e experienciado. Dentre eles, a SS foi escolhida para adaptação transcultural, para a população brasileira, devido à possibilidade de mensurar tanto o estigma percebido como o experienciado. Além disso, também foi evidenciado que a idade e a sintomatologia são variáveis com potencial interveniente nos escores de EDM.

Destaca-se ainda que, após a realização de procedimentos sugeridos para a adaptação transcultural de instrumentos psicométricos, a EEDM adaptada para o português brasileiro, apresenta indicadores de validade de conteúdo e confiabilidade adequadas para seu uso no Brasil. A EEDM é um instrumento capaz de mensurar o nível de estigma percebido e experienciado por pessoas com transtorno mental de forma rápida. Além disso, a escala é autoaplicável e pode ser respondida em pesquisas *online* facilitando a realização de estudos que busquem investigar a prevalência do EDM a nível nacional para posterior formulação de medidas preventivas e interventivas.

Pode ser utilizada ainda no contexto clínico, com o intuito de investigar as percepções e experiências de discriminação vivenciadas pelos pacientes, facilitando o acesso a estes conteúdos e possibilitando a utilização de técnicas psicoterápicas que auxiliem na redução do estigma e conseqüentemente aumentem a adesão ao tratamento de pacientes com ou sem diagnóstico de transtorno mental. Por fim, ressalta-se que os resultados apresentados nesta dissertação são preliminares. Novos estudos com a EEDM, que avaliem outras propriedades psicométricas e utilizem uma amostra maior e mais heterogênea, são esperados e necessários para corroborar e ampliar os resultados desta dissertação.

APÊNDICES (da dissertação)

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ULBRA)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA		
Título do Projeto: VULNERABILIDADE, VIOLÊNCIA, RELIGIÃO, PRECONCEITO, DIFERENÇA DE GÊNERO E SAÚDE MENTAL EM PACIENTES HOSPITALARES		
Área do Conhecimento: Humanas	Número de Participantes: 1000	Total: 1000
Curso: Psicologia	Unidade:	
Projeto Multicêntrico () Sim (X) Não (X) Nacional () Internacional	Cooperação Estrangeira () Sim (X) Não	
Patrocinador da pesquisa: Próprio pesquisador		
Instituição onde será realizado: GAMP		
Nome dos pesquisadores e colaboradores: Breno Sanvicente Vieira, Nicolas de Oliveira Cardoso		

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você.

2. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA			
Nome:	Data de Nasc:	Sexo:	
Nacionalidade:	Estado civil:	Profissão:	
RG:	CPF/MF:	Telefone:	E-mail:
Endereço:			
3. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
Nome: Breno Sanvicente Vieira		Telefone: (51) 999934873	
Profissão: Psicólogo/professor	Registro no Conselho Nº: 07/20806	E-mail: brenosanvicente@gmail.com	
Endereço: Francisco Petuco, 45, 1201. Porto Alegre, Rio Grande do Sul. CEP 90640-003.			

Eu, participante da pesquisa, abaixo assinado(a), após receber informações e esclarecimento sobre o projeto de pesquisa, acima identificado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) e estou ciente:

1. Da justificativa e dos objetivos para realização desta pesquisa.

Que este é um estudo que pretende investigar a prevalência de transtornos mentais em pacientes que procuram serviços hospitalares e investigar fatores de vulnerabilidade e de proteção aos quadros clínicos, bem como os custos associados indiretamente aos sintomas. Sendo importante sua realização para melhor atenção aos pacientes hospitalares no futuro, principalmente os portadores de transtornos mentais. Ainda, a realização do trabalho pode permitir redução de custos à saúde.

2. Do objetivo de minha participação.

Estou sendo convidado(a) a participar, pois como busquei serviços hospitalares, ou aderi voluntariamente a doação de sangue, é do interesse dos pesquisadores saberem sobre minha saúde mental, em especial a possibilidade da presença de transtorno mental.

3. Do procedimento para coleta de dados.

Para minha participação, serei requisitada a responder uma entrevista, aplicada por um pesquisador treinado. A entrevista tem duração aproximada de 30-60 minutos. Algumas perguntas sobre experiências ou sintomas que possa ter apresentado ao longo da vida serão realizadas nessa entrevista. Além disso, terei que responder alguns questionários sobre experiências ruins que possa ter passado, uso de substâncias, visão sobre transtornos mentais e hábitos religiosos – poderei responde-los no local ou através da internet. Além disso, os pesquisadores acessarão meu prontuário, ao fim do meu tratamento, para extrair algumas informações adicionais.

4. Da utilização, armazenamento e descarte das amostras.

Todas as informações por mim fornecidas serão armazenadas pelos pesquisadores, mantendo o sigilo absoluto, e eles comprometem-se a protegê-las e mesmo em caso de publicações, preservar quaisquer informações que possam revelar minha identidade.

5. Dos desconfortos e dos riscos.

Apesar dos procedimentos não envolverem riscos diretos, em função de procedimentos invasivos, fui devidamente informado(a) da duração da pesquisa, bem como que alguns questionários podem despertar emoções desagradáveis.

6. Dos benefícios.

Fui informado (a) que o projeto a principio não implica em benefícios diretos, mas sim alguns indiretos. Minha participação possibilitará o maior conhecimento da população adulta em atendimento hospitalar, e tem potencial para influenciar práticas futuras. Também fui informado (a) que em caso de presença de alguma suspeita de transtorno mental, ou meu interesse por quaisquer razão, a equipe de pesquisa me aconselhará sobre busca de atendimento.

7. Da isenção e ressarcimento de despesas.

Foi também esclarecido por mim que não terei qualquer tipo de custo com minha participação neste estudo.

8. Da forma de acompanhamento e assistência.

Me foi também esclarecido que caso necessário, receberei todo tipo de assistência necessária de forma imediata e sem custos. Além disso, caso complicações

ocorram decorrentes da participação, seja de forma direta ou indireta, também haverá assistência integral também sem nenhum tipo de custo.

9. Da liberdade de recusar, desistir ou retirar meu consentimento.

Tenho a liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A minha desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no meu tratamento também.

10. Da garantia de sigilo e de privacidade.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

11. Da garantia de esclarecimento e informações a qualquer tempo.

Tenho a garantia de tomar conhecimento e obter informações, a qualquer tempo, dos procedimentos e métodos utilizados neste estudo, bem como dos resultados finais, desta pesquisa. Para tanto, poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado). Em caso de dúvidas não esclarecidas de forma adequada pelo(s) pesquisador (es), de discordância com os procedimentos, ou de irregularidades de natureza ética poderei ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da ULBRA Canoas(RS), com endereço na Rua Farroupilha, 8001 – Prédio 14 – Sala 224, Bairro São José, CEP 92425-900 - telefone (51) 3477-9217, e-mail comitedeetica@ulbra.br.

No caso de necessidade de encaminhamento para acompanhamento, o Centro de Atenção Psicossocial, ou o serviço de emergência mais próximo a sua residência será indicado.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse.

Canoas (RS), _____ de _____ de _____.

Breno Sanvicente Vieira

Pesquisador Responsável pelo Projeto

Participante da Pesquisa e/ou Responsável

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE OBTEVE O CONSENTIMENTO

Expliquei integralmente este estudo clínico ao participante. Na minha opinião e na opinião do participante, houve acesso suficiente às informações, incluindo riscos e benefícios, para que uma decisão consciente seja tomada.

Data: _____

Assinatura do Investigador

Nome do Investigador (letras de forma)

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - PUCRS)



Nós, Irani Iracema de Lima Argimon e Nicolas de Oliveira Cardoso, responsáveis pela pesquisa *THE STIGMA SCALE: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO*, estamos fazendo um convite para você participar como voluntário nesse estudo.

1. Objetivos

Esta pesquisa pretende realizar a adaptação transcultural da *The Stigma Scale* e obter evidências de validação da escala para o idioma português brasileiro. Também visa a avaliar os níveis de estigma da doença mental entre homens e mulheres e entre pacientes com diagnóstico de transtorno mental e a população sem diagnóstico de transtorno mental.

2. Justificativa

Acreditamos que essa pesquisa seja importante porque sua realização visa a contribuir para o acréscimo de um novo instrumento de medida do estigma da doença mental dentro do cenário brasileiro. Esta escala pode fornecer um melhor entendimento sobre os impactos do estigma da doença mental na população brasileira, especialmente nos indivíduos acometidos por transtorno mental. Pois quando não identificado e/ou manejado adequadamente, o estigma pode piorar os sintomas relacionados aos transtornos mentais.

3. Procedimentos metodológicos

O(a) Sr(a), será convidado(a) a responder um questionário o qual avalia a presença de sintomas característicos de transtornos mentais, uma ficha de dados sociodemográficos, questões sobre vivências e percepções em relação a situações de discriminação de indivíduos portadores de transtorno mental. Por fim, serão apresentadas questões relacionadas à sua autoestima e hábitos religiosos. Todos os instrumentos podem ser respondidos no local ou através da internet. A entrevista tem duração aproximada de 30 minutos.

4. Participação do voluntário

Sua participação constará do preenchimento de questionários, que visam conhecer seu perfil sociodemográfico e compreender melhor suas experiências e percepções a cerca da discriminação de indivíduos portadores de transtorno mental.

5. Desconfortos e Riscos

Apesar dos procedimentos não envolverem riscos diretos, é possível que aconteçam desconfortos relacionados à fadiga, devido à duração da pesquisa e à possibilidade de algumas das questões presentes nos questionários despertarem emoções desagradáveis.

6. Disponibilidade de acompanhamento/assistência

Em caso de constatação de sintomas os quais possam indicar a presença de um transtorno mental, durante a coleta presencial, a equipe de pesquisa encaminhará o participante ao Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP).

7. Benefícios esperados

Embora não exista nenhum benefício direto ao participante, existem benefícios indiretos resultantes da participação, como: participação em investigação do impacto social e na saúde de possíveis preconceitos relacionados à doença mental, possível aplicação dos resultados em práticas futuras e aumentar o conhecimento sobre o estigma da doença mental. Adicionalmente, caso o participante apresente sintomas característicos de transtornos mentais, do qual ainda não possua conhecimento, ele poderá ser beneficiado através do aconselhamento de busca por atendimento adequado. Além disso, esse estudo visa contribuir com o desenvolvimento de um instrumento apropriado para a avaliação do estigma da doença mental em população brasileira e o incentivo de pesquisas na área.

8. Garantia de esclarecimento e informações a qualquer tempo

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com Irani Iracema de Lima Argimon no telefone (51) 99962-8880 ou Nicolas de Oliveira Cardoso no telefone (51) 98167-1820 a qualquer hora.

9. Liberdade de recusar, desistir ou retirar meu consentimento

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão.

10. Isenção e ressarcimento de despesas

Você não terá qualquer tipo de custo com sua participação neste estudo. Se por algum motivo você tiver despesas decorrentes da sua participação neste estudo com transporte e/ou alimentação, você será reembolsado adequadamente pelos pesquisadores.

11. Garantia de sigilo e de confidencialidade

As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Caso você tenha qualquer dúvida quanto aos seus direitos como participante de pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações.

Ao assinar este termo de consentimento, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma.

Não assine este termo de consentimento a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas.

Se você concordar em participar deste estudo, você rubricará todas as páginas e assinará e datará duas vias originais deste termo de consentimento. Você receberá uma das vias para seus registros e a outra será arquivada pelo responsável pelo estudo.

Eu, _____, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.

Diante do exposto expreso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura de uma testemunha

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE OBTEVE O CONSENTIMENTO

Expliquei integralmente este estudo clínico ao participante. Na minha opinião e na opinião do participante, houve acesso suficiente às informações, incluindo riscos e benefícios, para que uma decisão consciente seja tomada.

Data: _____

Assinatura do Investigador

Nome do Investigador (letras de forma)

Apêndice C

Modelo de Registro de Consentimento para Estudos *Online*

THE STIGMA SCALE: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Por favor, leia e, se achar adequado, manifeste o seu consentimento para participar desta pesquisa antes de iniciar, selecionando a opção “Estou de acordo e concordo em participar da pesquisa” apresentada ao final deste termo.

Por favor, se tiver qualquer dúvida antes, durante ou depois de sua participação, envie um e-mail para (Nicolas.deoliveira@hotmail.com).

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa desenvolvida por Irani Iracema de Lima Argimon e Nicolas de Oliveira Cardoso denominada *THE STIGMA SCALE*: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO vinculada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Escola de Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

O objetivo desta pesquisa é: realizar a adaptação transcultural da *The Stigma Scale* e obter evidências de validação da escala para o idioma português brasileiro.

Você deve ler as informações abaixo e se você não entender ou tiver mais alguma dúvida pode entrar em contato pelo e-mail (Nicolas.deoliveira@hotmail.com) antes de decidir se irá ou não participar.

Esta pesquisa é voluntária e você tem o direito de não responder qualquer item e também de interromper sua participação a qualquer momento por qualquer razão.

Você levará cerca de 30 minutos para conclusão da pesquisa.

Você não receberá nenhuma recompensa por isso.

Nenhuma informação de identificação sobre você será incluída em publicações que possam resultar dessa pesquisa.

A coleta de informações para este projeto estará concluída em agosto de 2019 e todas as informações obtidas serão armazenadas de forma segura por um período de 05 anos após esta data ou até a conclusão do trabalho escrito.

Ao dar continuidade a esta pesquisa, você concorda que qualquer dúvida que você tinha foi adequadamente esclarecida e que você concorda em participar deste estudo. Eu entendi os procedimentos acima descritos, e:

() Estou de acordo e concordo em participar da pesquisa

Apêndice D
Questionário Sociodemográfico e de Saúde

ID: _____

Questionário Sociodemográfico e de Saúde

Prezado participante, este questionário tem como objetivo conhecer o seu perfil sociodemográfico, tais dados auxiliarão na construção desta pesquisa.

- Todas as questões visam apenas à coleta de informações ou de opiniões. Não há respostas certas ou erradas. Portanto, por favor, não deixe nenhuma questão sem resposta. É de fundamental importância sua atenção a todas as questões.
- Todos os dados obtidos deste questionário serão CONFIDENCIAIS.

Dados de Identificação

Nome: _____

Data: _____ **Sexo:** () Masculino () Feminino **Idade:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____

Nacionalidade: _____ **Telefone:** _____

E-mail: _____ **Profissão:** _____

Qual raça/cor você se considera?

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. Negra/Preta () | 4. Parda/Mestiça () |
| 2. Branca () | 5. Indígena () |
| 3. Amarela/Oriental () | 6. Outros () |

Estado civil:

- | | |
|---------------------------|------------------|
| 1. Casado(a) | 4. Divorciado(a) |
| 2. Vivendo como Casado(a) | 5. Separado(a) |
| 3. Viúvo(a) | 6. Nunca casou |

Com quem você mora?

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Sozinho(a) () | 4. Pais () |
| 2. Cônjuge/Parceiro(a) com ou sem filho(s) () | 5. Outros parentes adultos () |
| 3. Somente com filho(s) com menos de 18 anos () | 6. Outros adultos não parentes () |

Qual seu grau de instrução? 1. Analfabeto () 2. Ensino fundamental incompleto ()

3. Ensino fundamental completo () 4. Ensino médio incompleto ()
5. Ensino médio completo () 6. Superior incompleto () 7. Superior completo ()
8. Pós-graduação (especialização/mestrado/doutorado) ()

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

1. Analfabeto () 2. Ensino fundamental incompleto ()
3. Ensino fundamental completo () 4. Ensino médio incompleto ()
5. Ensino médio completo () 6. Superior incompleto () 7. Superior completo ()
8. Pós-graduação (especialização/mestrado/doutorado) ()

Considerando todos os indivíduos que residem com você, qual o total aproximado da renda mensal familiar? _____

Dados Médicos

Possui ou já possuiu alguma doença psiquiátrica diagnosticada por médico ou psicólogo?

(ex: Depressão, Bipolaridade, Esquizofrenia, Dependência de álcool ou drogas, Fobia, Pânico, etc).

Sim Não

Qual? _____ Há quanto tempo recebeu diagnóstico?

até 6 meses até 1 ano até 3 anos 3 anos ou mais

Já passou por internação psiquiátrica? Sim Não

Se sim, quantas vezes? _____

Quando ocorreu a última internação?

até 6 meses até 1 ano até 3 anos 3 anos ou mais

Quantos anos você tinha quando foi diagnosticado ou tratado para problemas psiquiátricos pela primeira vez? _____

Faz uso de alguma medicação atualmente? Sim Não

Se sim, qual?	Para que?	Há quanto tempo?

Você concorda com o seu diagnóstico? Sim Não Não tenho certeza

Você tem algum familiar com diagnóstico de transtorno mental? Sim Não

(ex: Depressão, Bipolaridade, Esquizofrenia, Dependência de álcool ou drogas, Fobia, Pânico).

Qual o transtorno? _____

Em relação aos últimos 30 dias, você:

1. **Viu ou ouviu coisas que outras pessoas que estavam com você não viram ou ouviram** Sim Não
 2. **Escutou vozes dentro de sua cabeça, ou sussuros em seu ouvido lhe dizendo o que deveria ser feito?** Sim Não
 3. **Já teve a sensação de que algo no rádio, na TV ou em um filme foi feito especialmente para você? (Não que isso apenas tenha sido particularmente relevante para você, mas, sim, especificamente feito para você)** Sim Não
 4. **Você já teve a sensação de estar sendo seguido, espionado, manipulado ou que sua comida estava sendo envenenada?** Sim Não
 5. **Você já pensou que alguém ou alguma coisa externa a você estava controlando seus pensamentos ou ações contra a sua vontade?** Sim Não
 6. **Você já teve a sensação de que seus pensamentos estavam sendo retirados da sua cabeça ou que outras pessoas podiam ouvir o que você estava pensando?** Sim Não
 7. **Você estava usando alguma droga nos últimos 30 dias?** Sim Não
- (ex: Álcool, maconha, cocaína, crack, LSD, cola, solventes, esteróides e anabolizantes, medicamentos sem prescrição médica ou que estejam sendo consumidos acima da dosagem prescrita).

Qual? _____

Apêndice E

Reserva cognitiva: fatores associados ao longo do ciclo vital

Nicolas de Oliveira Cardoso

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Marianne Farina

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Thaís Landenberger

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

“Você nunca é velho demais para determinar um novo objetivo na vida ou para sonhar um novo sonho” (C. S. Lewis)

Introdução

Esse capítulo visa explorar o conceito de reserva cognitiva, que pode ser considerada a capacidade do cérebro de armazenar experiências adquiridas ao longo da vida, resistindo aos prejuízos cognitivos presentes em um quadro demencial. Ainda, é considerado um construto recente na literatura, com implicações importantes ao envelhecimento humano. Portanto, no presente capítulo, serão descritos os fatores relacionados à reserva cognitiva, instrumentos de avaliação e direções futuras para pesquisas nessa temática.

O que sabemos sobre a Reserva Cognitiva?

O conceito de reserva surgiu a partir de observações como a de Katzman et al. (1989), que após a autópsia de 10 pacientes idosas, identificaram que, apesar de serem consideradas cognitivamente saudáveis em seu desempenho funcional em vida, apresentavam danos severos em sua estrutura encefálica, característicos da Doença de Alzheimer (DA). Uma das hipóteses explicativas, na época, estava relacionada ao tamanho do cérebro das idosas, os quais eram maiores do que a média da população. No

entanto, essa explicação não foi suficiente, dando início às investigações sobre essa discrepância entre a gravidade de uma patologia e os sintomas clínicos exibidos.

Mais adiante, essas especulações levaram à formulação de dois modelos que explicassem essa preservação do funcionamento cerebral apesar do dano neurológico, constituiu-se então o modelo passivo e o modelo ativo. O modelo passivo, também conhecido como reserva cerebral ou reserva neuronal, é caracterizado pelas características estruturais do cérebro (.ex.: tamanho do encéfalo, número de neurônios e sinapses disponíveis). Já o modelo ativo, também chamado de reserva cognitiva (RC) está diretamente relacionado à quantidade (ex.: número de áreas cerebrais afetadas) de lesões que o encéfalo pode suportar antes do surgimento de sintomas clínicos, dada a sua capacidade de compensar o dano (Stern, 2017; Sumowski et al., 2014).

A RC está relacionada à capacidade do cérebro em manter o seu desempenho cognitivo preservado, por um maior período de tempo, durante o curso de uma doença degenerativa (Stern & Habeck, 2017). A qualidade dos danos (ex.: relevância das áreas afetadas e capacidade de neuroplasticidade) ou ainda as diferenças individuais em nível de processamento cognitivo e realização de tarefas é explorada pelo modelo ativo. Neste, o cérebro busca compensar as lesões sofridas através da utilização de recursos cognitivos pré-mórbidos, os quais possui para lidar com danos neurológicos. Está associado a experiências intelectuais e fatores ambientais ao longo da vida (Stern, 2017).

Os modelos de reserva passiva (reserva cerebral) e reserva ativa (RC) são complementares e dependentes um do outro. A RC adquirida ao longo da vida (ex.: nível de instrução, ocupação profissional) contribuirá para a reserva cerebral, sendo comum a observação de aumento de volume ou aprimoramento das conexões neurais de estruturas encefálicas (ex.: córtex pré-frontal, matéria branca e cinzenta) após exposição

a atividades cognitivamente estimulantes (Cardoso, Landenberger, & Argimon, 2017; Gleich, Lorenz, Gallinat, & Kühn, 2017; Gong et al., 2017).

Contudo, para fins de estudo, estes conceitos são comumente abordados individualmente. Isto ocorre devido às diferentes formas de mensuração destes construtos, sendo a reserva cerebral avaliada através de exames de neuroimagem e a RC através de questionários específicos (Groot et al., 2018). Portanto, o conceito de manutenção cerebral está relacionado à capacidade que os indivíduos possuem de preservar a RC e a reserva cerebral, em maior quantidade e por mais tempo (Stern, 2017). Cabe ressaltar que a manutenção cerebral é um conceito novo, o qual tem sido abordado e discutido largamente ao longo dos últimos cinco anos, não estando ainda totalmente formulado (Nilsson & Lövdén, 2018; Stern, 2017).

Fatores associados à formulação da RC

Por ser um conceito recente e ainda especulativo, o universo científico busca identificar quais são os fatores associados ao desenvolvimento da RC. Considerando o fato de não ser observável, a RC é geralmente estudada por meio da modelagem de variáveis latentes, o que permite a análise da relação entre os diferentes indicadores associados a ela, e vinculados à presença ou ausência de deterioração cognitiva. Têm-se visto que algumas atividades realizadas ao longo da vida contribuem para a formação da RC. Dentre elas, destacam-se: escolaridade, ocupação profissional, estilo de vida ativo, atividades intelectuais, atividades físicas e aspectos clínicos (Cardoso, Argimon, & Pereira, 2017; Farina, Paloski, Oliveira, Argimon, & Irigaray, 2017), que serão explicados a seguir:

Escolaridade: Um estudo longitudinal, realizado na Suécia, acompanhou 7.574 indivíduos durante o período de 21 anos, avaliando questões sociodemográficas e de saúde dos participantes. A escolaridade foi um dos fatores relacionados à RC dos

indivíduos, sendo considerada protetiva ao desenvolvimento de sintomas demenciais nos adultos, principalmente para aqueles com ensino superior. Também foi observado que um melhor desempenho escolar na infância retardou o aparecimento de declínio cognitivo, tendo em vista que um melhor desempenho cognitivo na infância contribuiu para uma melhor eficiência da rede cerebral e flexibilidade dos participantes (Dekhtyar et al., 2015). Desta forma, a escolaridade pode ser considerada como uma variável moderadora do desempenho cognitivo de indivíduos e, conseqüentemente, contribui para a qualidade do envelhecimento funcional do sistema nervoso central de idosos (Paula, Diniz, Sallum, & Malloy-Diniz, 2016).

Ocupação profissional e estilo de vida ativo: O grau de complexidade das atividades profissionais exercidas pelos indivíduos, também estiveram associadas à RC, sendo que os trabalhos considerados mais complexos estavam relacionados a menos sintomas demenciais em adultos (Dekhtyar et al., 2015). Um estudo longitudinal que acompanhou 1.054 idosos da Alemanha, por oito anos, observou uma menor taxa de declínio cognitivo nos participantes que possuíam um maior nível de complexidade nas tarefas de trabalho que os estimulava mentalmente (Then et al., 2015).

Ao avaliar indivíduos que possuíam menores estímulos no trabalho, com condições consideradas menos desafiadoras, observou-se uma maior taxa de comprometimento cognitivo (Then et al., 2015). Já o estilo de vida ativo, em que o indivíduo realiza atividades de lazer, físicas e de interação social são apontadas na literatura como benéficas a qualidade vida e, por consequência, contribuindo para uma melhor cognição e RC dos indivíduos (Lara et al., 2017; Sousa & Borges, 2016).

Atividades intelectuais: O envolvimento de adultos e idosos em atividades cognitivamente estimulantes (ex.: leitura e jogos de quebra-cabeça) pode reduzir a ocorrência de problemas cognitivos. Estas atividades são consideradas protetivas tanto à

memória, quanto ao funcionamento cognitivo geral, podendo inclusive prevenir sintomas demenciais nos indivíduos (Cardoso, Landenberger, & Argimon, 2017; Izquierdo, Myskiw, Benetti, & Furini, 2013; Stern, 2012).

A realização de palavras-cruzadas, utilização de aparelhos eletrônicos e aprendizagem de um novo idioma também contribuíram para uma melhor RC em idosos (Farina et al., no prelo), bem como a utilização de jogos eletrônicos (Cardoso, Argimon, & Pereira, 2017). A prática de jogos eletrônicos, inclusive, pode auxiliar na reabilitação cognitiva dos indivíduos que apresentam declínio cognitivo, beneficiando mais especificamente a memória, atenção, processamento de informações e as funções executivas (Cardoso, Landenberger, & Argimon 2017).

Atividade física: Por fim, há evidências de que o exercício físico é uma das variáveis que leva à melhoria da saúde física e mental. Diversos estudos abordam a contribuição da prática de atividades físicas para um melhor desempenho cognitivo dos indivíduos ao longo do ciclo vital. Desta forma, tem-se visto que a prática de atividades físicas contribui tanto para a saúde mental, quanto cognitiva dos indivíduos, pois ao realizar estas atividades, são liberados neurotransmissores que geram sensações de prazer, promovendo melhora no sono, além de diminuir níveis de colesterol e cortisol (Arrieta et al., 2018; Fekedulegn et al., 2018; Greeff, Bosker, Oosterlaan, Visscher, & Hartman, 2017).

Variáveis clínicas: Ao abordar questões clínicas de saúde, pode-se pensar em problemas físicos e também psicopatológicos que influenciam a cognição dos indivíduos. Ao investigar longitudinalmente idosos brasileiros do Sul do país, observou-se que sintomas de ansiedade foram preditores de uma pior RC nos indivíduos (Farina et al., no prelo). Outros autores também apontaram associação entre a presença de sintomatologia depressiva e solidão e um maior comprometimento cognitivo em

indivíduos idosos, variando conforme seus níveis de RC (O'Shea et al., 2015). Em relação às condições cerebrais, tem se visto que condições neurológicas influenciam a RC dos indivíduos. Ao avaliar 72 indivíduos pelo período de cinco anos, a pesquisa de Leary et al. (2018) observou que níveis da RC estavam relacionados à gravidade da lesão cerebral traumática.

Desta forma, pode-se considerar que as características laborais, educacionais e um estilo de vida mais ativo proporcionam efeitos positivos para a saúde mental, física e cognitiva, contribuindo para a RC dos indivíduos. A identificação dos fatores contribuintes a RC, bem como formas de mensurá-los, auxilia na prevenção do adoecimento físico e mental dos indivíduos, favorecendo uma melhor qualidade de vida ao longo do envelhecimento.

Instrumentos de medida de RC

Os primeiros sinais de declínio cognitivo não são simples de serem detectados entre indivíduos com RC mais desenvolvida, de forma que a doença pode ser subdiagnosticada através dos falso-negativos (Elkana et al., 2016). O acesso a uma medida de RC durante o processo de avaliação cognitiva poderia contribuir para o diagnóstico mais preciso e para a identificação precoce de patologias neurodegenerativas.

A partir do final do século XX, há um aumento, em nível internacional, dos esforços em identificar as variáveis determinantes da RC e uma forma de operacionalizar este construto através de instrumentos de medida confiáveis (Harrison et al., 2015). Muitos estudos consideram o nível de escolaridade ou mesmo o quociente de inteligência (QI) como medidas de RC. No entanto, pesquisas envolvendo instrumentos de medida de múltiplos fatores ainda são escassos. Em uma revisão dos instrumentos que avaliam RC a partir de múltiplas variáveis, foram identificados apenas cinco

escalas/questionários no mundo (Tabela 1) (Landenberger, Cardoso, Oliveira, & Argimon, no prelo). Destes instrumentos, no entanto, nenhum é de origem brasileira, e a *Cognitive Reserve Scale* (CRS) está em processo de adaptação transcultural para nosso contexto.

Tabela 1 - Instrumentos de medida de RC a partir de múltiplas variáveis

Escala	Autores	Ano	País de origem
<i>Cognitive Reserve Scale (CRS)</i>	León-estrada, García e Roldán-Tapia	2011	Espanha
<i>Cognitive Reserve Index Questionnaire (CRIq)</i>	Nucci, Mapelli e Mondini	2011	Itália
<i>Cognitive Reserve Questionnaire (CRQ)</i>	Rami, et al.	2011	Espanha
<i>Lifetime of Experiences Questionnaire (LEQ)</i>	Valenzuela e Sachdev	2006	Austrália
<i>Lifetime Cognitive Activity Scale (LCAS)</i>	Wilson, Barnes e Bennett	2003	EUA

Um instrumento que auxilie no diagnóstico precoce favorece maior eficiência e otimização dos programas de reabilitação neuropsicológica, acelerando o início do tratamento, bem como adiantando a orientação e os cuidados oferecidos pela família ao paciente. Percebe-se, assim, uma demanda emergente por estudos científicos que sigam investigando as variáveis associadas à RC e formas simples e efetivas de mensurá-la.

Definindo direções futuras para pesquisa

Nesta seção iremos apresentar os avanços científicos mais recentes no campo da RC e propor algumas sugestões para estudos futuros. A maioria das pesquisas atuais buscam compreender o funcionamento e a extensão dos efeitos protetivos da RC (Donders & Stout, 2018; Reyes et al., 2018).

Um desses efeitos está relacionado ao papel da RC frente ao traumatismo cranioencefálico (TCE). Alguns estudos apontam que a RC é capaz de reduzir significativamente os prejuízos cognitivos causados por lesões cerebrais. Sendo o QI e o número de anos de estudo, os fatores pré-mórbidos identificados como responsáveis

pela formulação de maior RC e consequente redução dos impactos de um TCE (Donders & Stout, 2018; Leary et al., 2018; Steward et al., 2018).

Contudo, embora exista concordância sobre a relevância do QI e anos de escolaridade pré-mórbidos, não há consenso sobre a extensão dos efeitos protetivos provenientes desses fatores. Sendo que para alguns autores esses fatores seriam suficientes para explicar que a RC é neuroprotetora, independentemente do grau do TCE (Steward et al., 2018). Enquanto outros estudos são mais cautelosos ao defenderem que embora a RC apresente fator protetivo frente ao TCE, mais estudos devem ser realizados para compreender até qual grau de lesão a RC poderá ser de fato protetora (Donders & Stout, 2018; Leary et al., 2018). Contudo, em um destes estudos, embora os participantes apresentassem alta RC, ela não foi capaz de eliminar completamente os efeitos do TCE (Donders & Stout, 2018).

Outro aspecto atualmente estudado diz respeito a relação entre RC e bilinguismo (Perani et al., 2017; Reyes et al., 2018). Evidências recentes apontam que indivíduos bilíngues apresentam maior desempenho nas funções executivas as quais são associadas a maior RC (Reyes et al., 2018). Exames de neuroimagem corroboram esses achados ao demonstrarem que idosos bilíngues com DA, apresentam maior preservação das conexões neurais relacionadas ao controle executivo, quando comparados a idosos com DA monolíngues (Perani et al., 2017).

Destaca-se que a utilização da segunda língua ao longo da vida é crucial para o desenvolvimento da RC, não sendo suficiente aprender um novo idioma e não utilizá-lo. Em resumo, quanto maior for a utilização de uma segunda língua ao longo do ciclo vital, maior será a RC adquirida e seus efeitos neuroprotetores frente à neurodegeneração (Perani et al., 2017).

Cabe ressaltar que indivíduos bilíngues não apresentam diferenças cognitivas significativas quando comparados a indivíduos multilíngues, ou seja, o aprendizado de um terceiro, quarto ou quinto idioma, não contribuirá para maior desempenho cognitivo. As redes neurais até então não utilizadas, as quais serão ativadas através da aquisição de um segundo idioma, serão as mesmas envolvidas no aprendizado de línguas subsequentes (Alladi et al., 2013). No entanto, uma meta-análise realizada recentemente levanta dúvidas sobre a real existência dos benefícios gerados pelo bilinguismo. Ressaltando que após a análise de 152 estudos com adultos, não foram encontradas evidências suficientes para sustentar as opiniões amplamente difundidas de que o bilinguismo estaria associado a benefícios relacionados às funções de controle cognitivo (Lehtonen et al., 2018), sendo necessária a realização de novos estudos que explorem essa associação (Alladi et al., 2013; Lehtonen et al., 2018).

Outro aspecto muito estudado passou a ser relacionado à RC. Trata-se do estresse, o qual como se sabe está associado a diversas condições clínicas, especialmente em idosos, uma vez que o estudo da redução dos efeitos bioquímicos negativos do estresse, no declínio cognitivo e na DA, é um tema extensamente explorado (Niraula, Sheridan, & Godbout, 2017; Pertl et al., 2017).

Um estudo recente evidenciou que cuidar de indivíduos com doença degenerativa contribui para a redução das funções executivas e RC dos cuidadores. Foi observado que quanto maior for a gravidade da patologia e o tempo destinado ao cuidado desses idosos, menor será o desempenho das funções executivas e por consequência da RC. No entanto, é importante ressaltar que este estudo fez uso de metodologia transversal e existe a possibilidade de indivíduos com menor RC estarem propensos a apresentar maior estresse psicológico, sendo este um dos campos com maior necessidade de exploração (Pertl et al., 2017).

Outra hipótese emergente, possivelmente menos estudada ainda do que a associação do estresse e RC, é a de que treinamentos cognitivos ou simplesmente o hábito de jogar vídeo games ao longo do ciclo vital seja um fator contribuinte no desenvolvimento da RC (Stern, 2012). Inúmeros são os estudos que apontam para o aprimoramento das funções cognitivas após intervenções com jogos eletrônicos em todas as faixas etárias do ciclo vital, tanto em populações saudáveis (Cardoso, Argimon, & Pereira, 2017; Dale & Green, 2017) como naquelas acometidas por patologias (Cardoso, Landenberger, & Argimon, 2017; Taut, Pinteá, Roovers, Mananãs, & Băban, 2017).

No entanto, dois desses estudos merecem especial atenção, um deles por fortalecer significativamente as conexões estruturais de três redes cerebrais: a rede pré-frontal, o sistema límbico e a rede sensório-motora, estando essas redes diretamente ligadas às funções executivas (Gong et al., 2017). O outro por apresentar evidências concretas de que treinamentos cognitivos baseados em vídeo games podem aprimorar as funções cognitivas e contribuir com a neuroplasticidade (Anguera et al., 2013). Embora existam autores que apontem para a relação entre funções executivas, matéria branca e quantidade de RC (Baker et al., 2017; Pertl et al., 2017), até onde se tem conhecimento ainda não foram realizados estudos investigando diretamente a relação entre videogames e RC, embora Stern (2012), já tenha sugerido a realização de tais pesquisas.

Considerações finais

O capítulo buscou conceitualizar a RC, bem como descrever as principais atividades realizadas ao longo do ciclo vital, que contribuem para a formação da RC, como a prática de atividades intelectuais, atividade física e anos de escolaridade. Finalmente, foram descritos instrumentos de avaliação e perspectivas futuras desse construto.

Desta forma, existe grande esforço, por parte da comunidade científica, na busca por maior compreensão dos conceitos e do funcionamento da RC, reserva cerebral e manutenção cerebral. É de suma importância a realização de estudos que investiguem os mecanismos (ex.: redes neurais, estruturas e regiões cerebrais) capazes de explicar os efeitos da RC observados nos mais diversos campos, bem como a realização de estudos de intervenção, longitudinais, para determinar com maior fidedignidade os mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento da RC, reserva cerebral e manutenção cerebral.

Referências

- Alladi, S., Bak, T. H., Duggirala, V., Surampudi, B., Shailaja, M., Shukla, A. K., . . . Kaul, S. (2013). Bilingualism delays age at onset of dementia, independent of education and immigration status. *Neurology*, *81*(22), 1938-1944. doi: 10.1212/01.wnl.0000436620.33155.a4
- Anguera, J. A., Boccanfuso, J., Rintoul, J. L., Al-Hashimi, O., Faraji, F., Janowich, J., . . . Gazzaley, A. (2013). Video game training enhances cognitive control in older adults. *Nature* *501*(7465), 97–101. doi:10.1038/nature12486
- Arrieta, H., Rezola-Pardo, C., Echeverria, I., Iturburu, M., Gil, S. M., Yanguas, J. J., ... & Rodriguez-Larrad, A. (2018). Physical activity and fitness are associated with verbal memory, quality of life and depression among nursing home residents: preliminary data of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, *18*(1), 80. doi: 10.1186/s12877-018-0770-y
- Baker, L. M., Laidlaw, D. H., Cabeen, R., Akbudak, E., Conturo, T. E., Correia, S., . . . Paul, R. H. (2017). Cognitive reserve moderates the relationship between neuropsychological performance and white matter fiber bundle length in healthy older adults. *Brain Imaging and Behavior*, *11*(3), 632-639. doi: 10.1007/s11682-016-9540-7

- Cardoso, N. O., Argimon, I. I. L., & Pereira, V. T. (2017). Electronic Games and Elderly Cognition – A Systematic Review. *Psicología desde el Caribe*, 34(2). 139-160. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/8912>
- Cardoso, N. O., Landenberger, T., & Argimon, I. I. L. (2017). Jogos Eletrônicos como Instrumentos de Intervenção no Declínio Cognitivo - Uma Revisão Sistemática. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 119-139. doi: 10.18256/2175-5027.2017.v9i1.1941.
- Dale, G., & Green, C. S. (2017). The Changing Face of Video Games and Video Gamers: Future Directions in the Scientific Study of Video Game Play and Cognitive Performance. *Journal of Cognitive Enhancement*, 1(3), 280-294. doi: 10.1007/s41465-017-0015-6
- Dekhtyar, S., Wang, H. X., Scott, K., Goodman, A., Koupil, I., & Herlitz, A. (2015). A life-course study of cognitive reserve in dementia — from childhood to old age. *The American journal of geriatric psychiatry*, 23(9), 885-896. doi: 10.1016/j.jagp.2015.02.002
- Farina, M., Paloski, L. H., Oliveira, C. R., Argimon, I. I. L., & Irigaray, T. Q. (2017). Cognitive reserve in elderly and its connection with cognitive performance: a systematic review. *Ageing International*, 1-12. doi: 10.1007/s12126-017-9295-5
- Farina, M., Lima, M. P., Machado, W. L., Lopes, R. M. F., Argimon, I. I. L., & Irigaray, T. Q. (no prelo). Reserva cognitiva em idosos: variáveis relacionadas.
- Fekedulegn, D., Innes, K., Andrew, M. E., Tinney-Zara, C., Charles, L. E., Allison, P., ... & Knox, S. S. (2018). Sleep Quality and the Cortisol Awakening Response (CAR) among Law Enforcement Officers: The Moderating Role of Leisure Time

- Physical Activity. *Psychoneuroendocrinology*, 95, 158-169. doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.05.034
- Greeff, J. W., Bosker, R. J., Oosterlaan, J., Visscher, C., & Hartman, E. (2017). Effects of physical activity on executive functions, attention and academic performance in preadolescent children: a meta-analysis. *Journal of science and medicine in sport*, 21(5), 501-507. doi: 10.1016/j.jsams.2017.09.595
- Gleich, T., Lorenz, R. C., Gallinat, J., & Kühn, S. (2017). Functional changes in the reward circuit in response to gaming-related cues after training with a commercial video game. *Neuroimage*, 152, 467-475. doi: 10.1016/j.neuroimage.2017.03.032
- Gong, D., Ma, W., Gong, J., He, H., Dong, L., Zhang, D., . . . Yao, D. (2017). Action Video Game Experience Related to Altered Large-Scale White Matter Networks. *Neural Plasticity*, 2017, 1-7. doi: 10.1155/2017/7543686
- Groot, C., Loenhoud, A. C., Barkhof, F., Berckel, B. N. M., Koene, T., Teunissen, C. C. . . . Ossenkoppele, R. (2018). Differential effects of cognitive reserve and brain reserve on cognition in Alzheimer disease. *Neurology*, 90(2), e1-e8. doi: 10.1212/WNL.0000000000004802
- Izquierdo, I. A., Myskiw, J. C., Benetti, F., & Furini, C. R. G. (2013). Memória: tipos e mecanismos—achados recentes. *Revista USP*, 98, 9-16. doi: 10.11606/issn.2316-9036.v0i98p9-16
- Katzman, R., Aronson, M., Fuld, P., Kawas, C., Brown, T., Morgenstern, H., . . . Ooi, W.L. (1989). Development of dementing illnesses in an 80-year-old volunteer cohort. *Annals of Neurology*, 25(4), 317–324. doi: 10.1002 / host.410250402
- Landenberger, T., Cardoso, N. O., Oliveira, C. R., Argimon, I. I. L. (no prelo). Instrumentos de medida de reserva cognitiva – uma revisão sistemática. *Psicologia Teoria e Prática*.

- Lara, E., Koyanagi, A., Caballero, F., Domènech-Abella, J., Miret, M., Olaya, B., ... & Haro, J. M. (2017). Cognitive reserve is associated with quality of life: A population-based study. *Experimental Gerontology*, 87, 67-73. doi: 10.1016/j.exger.2016.10.012
- Leary, J. B., Kim, G. Y., Bradley, C. L., Hussain, U. Z., Sacco, M., Bernad, M., . . . Chan, L. (2018). The Association of Cognitive Reserve in Chronic-Phase Functional and Neuropsychological Outcomes Following Traumatic Brain Injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 33(1), E28-E25. doi: 10.1097/HTR.0000000000000329
- Lehtonen, M., Soveri, A., Laine, A., Järvenpää, J., De Bruin, A., & Antfolk, J. (2018). Is bilingualism associated with enhanced executive functioning in adults? A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 134(4), 394-425. doi: 10.1037/bul0000142
- León-Estrada I., García, J., & Roldan-Tapia, L. (2011). Development of the scale of cognitive reserve in Spanish population: a pilot study. *Revista de neurologia*, 52(11), 653-660. Retirado de <https://www.neurologia.com/articulo/2010704>
- Nilsson, J., & Lövdén, M. (2018). Naming is not explaining: future directions for the "cognitive reserve" and "brain maintenance" theories. *Alzheimer's Research & Therapy*, 18(1), 34. doi: 10.1186/s13195-018-0365-z.
- Niraula, A., Sheridan, J. F., & Godbout, J. P. (2017). Microglia Priming with Aging and Stress. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 42(1), 318-333. doi:10.1038/npp.2016.185
- Nucci, M., Mapelli, D., & Mondini, S. (2011). Cognitive Reserve Index questionnaire (CRIq): a new instrument for measuring cognitive reserve. *Aging Clinical and Experimental Research*, 24(3), 218–26. <https://doi.org/10.3275/7800>

- O'Shea, D. M., Fieo, R. A., Hamilton, J. L., Zahodne, L. B., Manly, J. J., & Stern, Y. (2015). Examining the association between late-life depressive symptoms, cognitive function, and brain volumes in the context of cognitive reserve. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(6), 614-622. doi: 10.1002/gps.4192
- Paula, J. J., Diniz, B. S., Sallum, I., Malloy-Diniz, L. (2016). Como avaliar idoso de baixa escolaridade? In: Malloy-Diniz, P. Mattos, N. Abreu, D. Fuentes. (Orgs), *Neuropsicologia – Aplicações Clínicas* (pp. 149-160). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Perani, D., Farsad, M., Ballarini, T., Lubian, F., Malpetti, M., Fracchetti, A., . . . Abutalebi, J., (2017). The impact of bilingualism on brain reserve and metabolic connectivity in Alzheimer's dementia. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States*, 114(7), 1690-1695. doi: 10.1073/pnas.1610909114
- Pertl, M. M., Hannigan, C., Brennan, S., Robertson, I. H., & Lawlor, B. A. (2017). Cognitive reserve and self-efficacy as moderators of the relationship between stress exposure and executive functioning among spousal dementia caregivers. *International Psychogeriatrics*, 29(4), 615-625. doi: 10.1017/S1041610216002337
- Rami, L., Valls-Pedret, C., Bartrés-Faz, D., Caprile, C., Solé-Padullés, C., Castellví, M., . . . Molinuevo, J. L. (2011). Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurologia*, 52(4), 195–201.
- Reyes, A., Paul, B. M., Marshall, A., Chang, Y. A., Bahrami, N., Kansal, L., . . . McDonald, C. R. (2018). Does bilingualism increase brain or cognitive reserve in patients with temporal lobe epilepsy? *Epilepsia*, 59(5), 1037-1047. doi: 10.1111/epi.14072

- Sousa, K. J. Q., & Borges, G. F. (2016). Estilo de vida, atividade física e coeficiente acadêmico de universitários do interior do Amazonas - Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(4), 277-284.
- Stern Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet. Neurology*, 11(11), 1006-1012. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70191-6
- Stern, Y. (2017). An approach to studying the neural correlates of reserve. *Brain Imaging and Behavior*, 11(2), 410-416. doi: 10.1007/s11682-016-9566-x
- Stern, Y., & Habeck, C. (2017). Identifying a task-invariant cognitive reserve network. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 13(7), 1445-1446. doi: 10.1016/j.jalz.2017.07.481
- Sumowski, J. F., Rocca, M. A., Leavitt, V. M., Mesaros, D. S., Drulovic, J., DeLuca, J., & Filippi, M. (2014). Brain reserve and cognitive reserve protect against cognitive decline over 4.5 years in MS. *Neurology*, 82(20), 1-8. doi: 10.1212/WNL.0000000000000433
- Steward, K. A., Kennedy, R., Novack, T. A., Crowe, M., Marson, D. C., & Triebel, K. L. (2018). The Role of Cognitive Reserve in Recovery From Traumatic Brain Injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 33(1), E18-E27. doi: 10.1097/HTR.0000000000000325
- Taut, D., Pinteá, S., Roovers, J. W. R., Mananãs, M. A., & Bãban, A. (2017). Play seriously: Effectiveness of serious games and their features in motor rehabilitation. A meta-analysis. *Neurorehabilitation*, 101(1), 105-118. doi:10.3233/NRE-171462
- Then, F. S., Luck, T., Luppá, M., König, H. H., Angermeyer, M. C., & Riedel-Heller, S. G. (2015). Differential effects of enriched environment at work on cognitive decline in old age. *Neurology*, 84(21), 2169-2176. doi: 10.1212/WNL.0000000000001605

- Valenzuela, M. J., & Sachdev, P. (2006). Assessment of complex mental activity across the lifespan: development of the Lifetime of Experiences Questionnaire (LEQ). *Psychological Medicine, 37*(7), 1015–1025. doi: 10.1017/S003329170600938X
- Wilson, R., Barnes, L., & Bennett, D. (2003). Assessment of lifetime participation in cognitively stimulating activities. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 25*(5), 634–642. doi: 10.1076/jcen.25.5.634.14572

Apêndice F



Revista Neuropsicología Latinoamericana
ISSN 2075-9479 Vol. 10 No. 3. 2018, 19-29

Efectos de los géneros de videojuegos en la cognición de adultos sanos: una revisión sistemática

Efeito dos gêneros de videogames na cognição de adultos saudáveis: uma revisão sistemática

Effets des genres de jeux vidéo sur la cognition d'adultes en bonne santé: une revue systématique

Effects of video game genres in the cognition of healthy adults: a systematic review

Nicolas de Oliveira Cardoso¹, Alejandro José Mena Barrios¹ e Irani Iracema de Lima Argimon¹

1. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Resumen

En la última década, el universo de los videojuegos ha recibido la atención de diversos investigadores alrededor del mundo. Recientes estudios indican que existe tanto aspectos positivos como negativos derivados de la utilización de los videojuegos. Distintos investigadores utilizan videojuegos como medio para mejorar las funciones cognitivas, tanto en poblaciones sanos como en personas con patologías específicas. La presente revisión sistemática siguió los pasos sugeridos por el protocolo prisma, teniendo como objetivo investigar los efectos de los entrenamientos cognitivos realizados con múltiples géneros de videojuegos, desarrollados para el entretenimiento, en la cognición de adultos sanos. Luego de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionó y analizó 17 estudios encontrados en las bases de datos *PubMed*, *Scielo*, *Scopus*, *Web of Science* y *Bvs*. Los principales resultados señalan que juegos electrónicos de los géneros rompecabezas y plataforma mejoran las funciones ejecutivas, principalmente la memoria de trabajo. Por otro lado, los videojuegos de acción y estrategia en tiempo real suelen estimular diversas funciones cognitivas simultáneamente. No se observaron mejoras cognitivas con los simuladores de vida real. Esta revisión resalta que otros géneros de videojuegos, además de los de acción, pueden promover el perfeccionamiento de las funciones cognitivas de adultos sanos. Siendo así, la realización de más estudios que contemplan los diversos géneros de juegos existentes se vuelve esencial. Por último, no se sabe con certeza si dos juegos de un mismo género estimularán la misma función cognitiva en igual proporción, siendo importante la realización de estudios con diferentes juegos de un mismo género.

Palabras clave: videojuegos; juegos electrónicos; cognición; entrenamiento cognitivo; transferencia de aprendizaje.

Resumo

Na última década, o universo dos videogames recebeu a atenção de vários pesquisadores ao redor do mundo. Estudos recentes indicam que existem aspectos positivos e negativos derivados do uso de videogames. Diferentes pesquisadores e clínicos usam videogames como um meio de melhorar as funções cognitivas, tanto em populações saudáveis, quanto em pessoas com patologias específicas. A presente revisão sistemática seguiu os passos sugeridos pelo protocolo prisma. O objetivo foi investigar os efeitos do treinamento cognitivo realizado com os diferentes gêneros no videogame, desenvolvidos para entretenimento, na cognição de adultos saudáveis. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 17 estudos foram selecionados a partir das bases de dados *PubMed*, *Scielo*, *Scopus*, *Web of Science* e *Bvs* e analisados. Os principais resultados indicam que os jogos eletrônicos dos gêneros quebra-cabeça e plataforma melhoram as funções executivas, principalmente, a memória de trabalho. Por outro lado, jogos de ação e de estratégia em tempo real, geralmente, estimularam várias funções cognitivas simultaneamente. Nenhuma melhora cognitiva foi observada com os simuladores da vida real. Essa revisão destaca que outros gêneros de videogames, além dos de ação podem promover a melhora das funções cognitivas de adultos saudáveis. Sendo assim, torna-se essencial a realização de mais estudos que contemplem os diferentes gêneros de jogos existentes. Por fim, não se sabe com certeza se dois jogos do mesmo gênero estimularão a mesma função cognitiva em igual proporção, sendo importante realizar estudos com diferentes jogos do mesmo gênero.

Palavras-chave: videogames; Jogos eletrônicos; cognição; treinamento cognitivo; transferência de aprendizagem.

Artículo recibido: 02/07/2018; Artículo revisado: 17/09/2018; Artículo aceptado: 01/11/2018.

Revista Neuropsicología Latinoamericana (2018), 10 (3), 19-29

Toda correspondencia relacionada con este artículo debe ser enviada a Nicolas de Oliveira Cardoso, Av. Ipiranga, 6681 - Partenon, Porto Alegre – RS. Prédio 11, 9º andar, sala 322. CEP: 90619-900
 E-mail: nicolas.deoliveira@hotmail.com
 DOI:10.5579/rnl.2018.455

Résumé

Au cours des dix dernières années, l'univers des jeux vidéo a retenu l'attention de divers chercheurs du monde entier. Des études récentes indiquent que l'utilisation des jeux vidéo présente des aspects à la fois positifs et négatifs. Différents chercheurs utilisent les jeux vidéo pour améliorer les fonctions cognitives, à la fois chez des populations en bonne santé et chez des personnes présentant des pathologies spécifiques. La présente revue systématique a suivi les étapes suggérées par le protocole de prisme, visant à étudier les effets de l'entraînement cognitif mené avec plusieurs genres de jeux vidéo, développés pour le divertissement, dans la cognition d'adultes en bonne santé. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion, 17 études trouvées dans les bases de données *PubMed*, *Scielo*, *Scopus*, *Web of Science* et *Bvs* ont été sélectionnées et analysées. Les principaux résultats indiquent que les jeux électroniques du genre puzzle et de la plate-forme améliorent les fonctions exécutives, principalement la mémoire de travail. D'autre part, les jeux vidéo d'action et de stratégie en temps réel stimulent souvent simultanément diverses fonctions cognitives. Aucune amélioration cognitive n'a été observée avec les simulateurs de la vie réelle. Cette revue souligne que d'autres genres de jeux vidéo, en plus de ceux d'action, peuvent favoriser l'amélioration des fonctions cognitives d'adultes en bonne santé. Cela étant, la réalisation de plus d'études qui considèrent les différents genres de jeux existants devient essentielle. Enfin, on ne sait pas avec certitude si deux jeux du même genre stimuleront la même fonction cognitive dans des proportions égales, car il est important de mener des études avec différents jeux du même genre.

Mots clés: jeux video; jeux électroniques; cognition ; entraînement cognitif ; transfert d'apprentissage.

Abstract

In the last decade, the universe of video games has been the focus of many researchers around the world. Recent research points to the possible positive aspects or impairments generated by electronic games. Many authors are using games that are developed to improve the cognition of both healthy population and individuals with a specific pathology. This systematic review follows the steps of Prisma statement, aiming to investigate cognitive training effects of multiple entertainment video games on healthy adults' cognition. After the inclusion and exclusion criteria, 17 papers were selected from PubMed, Scielo, Scopus, Web of Science and Bvs databases. Main findings indicate that the electronic games of puzzle and platform genre improve the executive functions, mainly working memory. Moreover, action and real-time strategy video games tend to stimulate multiple cognitive functions simultaneously. However, no cognitive improvement was observed in real-life simulators. This review highlights that non-action games may enhance cognitive functions of healthy adults. Therefore, it is essential to conduct more studies that contemplate the different genres of existing games. Finally, it is unknown whether two games of the same genre will stimulate the same cognitive function in equal proportion, thus, it is important to conduct studies with different games of the same genre.

Key words: video game; electronic games; cognition; cognitive training, learning transfer.

1. INTRODUCCIÓN

El mercado de los videojuegos se elevó significativamente durante la última década y se convirtió en un medio de entretenimiento común en la población (*National Purchase Diary*, 2014). Dicho crecimiento ha llamado la atención de diversos investigadores alrededor del mundo, los cuales han desarrollado estudios literarios y empíricos sobre el tema (Bejjanki et al., 2014; Gong et al., 2015; Taut, Pinteá, Roovers, Manãnas, & Bãban, 2017).

Comúnmente los juegos electrónicos se dividen en juegos de entrenamiento cognitivo (JEC) y juegos desarrollados para entretenimiento (JDE). El término “juegos de entrenamiento cognitivo” también conocidos como “*serious games*” por algunos autores (Taut et al., 2017), son los juegos desarrollados por expertos en neurociencias para el entrenamiento y perfeccionamiento de las funciones cognitivas, tal es el caso de la aplicación *Luminosity* (*Luminosity*, 2017). El término “juegos desarrollados para el entretenimiento” es una adaptación del concepto “*mainstream games*” también llamados por algunos autores como “*Fun Games*” (Sardi, Idri, & Fernández-Alemán,

2017), y se refieren a juegos desarrollados para el entretenimiento de la población mundial (Dale & Green, 2017).

Recientemente, los resultados obtenidos en una investigación de mercado, puso de manifiesto que 82% de la población brasileña entre 13-59 años consume algún tipo de videojuego, tanto a través de ordenadores como de consolas y celulares. En dicho estudio, adolescentes y adultos aparecen como los principales consumidores de juegos electrónicos, sin embargo, estudios recientes indican que alrededor del 65% de los adultos brasileños entre 45 y 59 años hacen uso de algún tipo de juegos electrónicos. El promedio de tiempo invertido por parte de los adultos brasileños es de 15 horas por semana (*National Purchase Diary*, 2015).

Existen diversos subgéneros de JDE en el mercado digital, sin embargo, algunos son más consumidos y al mismo tiempo más estudiados, como sucede con los juegos de acción, en especial los de disparo en primera persona (DPP) en los cuales el jugador observa únicamente el punto de vista del protagonista, dicho tipo de videojuego suele exigir mucha atención y velocidad de reacción por parte del jugador (Dale & Green, 2017; Gong et al., 2015). Por su parte, los juegos de rompecabezas presentan desafíos y enigmas que el jugador debe resolver, demandando razonamiento lógico, elaboración de estrategias, reconocimiento de patrones y resolución de problemas (Souders et al., 2017). Además, los juegos de estrategia en tiempo real (ETR) exigen que el jugador controle centenas de unidades al mismo tiempo. En este género gana el jugador que desarrolle con mayor rapidez diversas habilidades estratégicas sin perder la atención-(Dale & Green, 2017). Asimismo, existen los simuladores de vida real (SVR) los cuales buscan simular en el mundo virtual actividades de la vida cotidiana, estos juegos normalmente son utilizados en grupos de control de estudios experimentales, considerando que normalmente no muestran beneficios cognitivos (Glass, Maddox, & Love, 2013). Por otro lado, los juegos de plataformas donde el jugador salta evitando obstáculos, enfrentándose a enemigos y recogiendo objetos valiosos (Gleich, Lorenz, Gallinat, & Kühn, 2017).

Aunque existe una gran variedad de géneros de videojuegos, los juegos de acción son los que reportan mayor número de investigaciones, probablemente debido a que muchas investigaciones subrayan los beneficios que proporcionan a nivel de funciones cognitivas (Apellbaum et al., 2013; Bavelier, Achtman, Mani, & Focker, 2012; Bejjanki et al., 2014; Clark, Fleck, & Mitroff, 2011; Gaspar et al., 2013; Gong et al., 2015; Wu et al., 2012). Las funciones cognitivas pueden ser entendidas como la división del sistema cognitivo en áreas específicas (Por ejemplo: memoria, atención y habilidades visuo-espaciales (Sternberg, 2008), y funciones ejecutivas, que son funciones cognitivas vinculadas con comportamientos orientados a la planificación y resolución de problemas (por ejemplo: memoria de trabajo, procesamiento de información y flexibilidad cognitiva) (Malloy-Diniz et al., 2012).

Otro factor que contribuye en la predominancia de investigaciones relacionadas con videojuegos de acción, es la probabilidad de desarrollar pensamientos y comportamientos violentos producto de una prolongada exposición a ellos (Anderson, 2016). A pesar de eso, existen opiniones contrapuestas respecto de esos efectos. Recientemente algunos autores que han analizado por medio de resonancia magnética funcional el cerebro de jugadores de juegos violentos, muestran que no existe diferencia en la activación de regiones cerebrales asociadas con la empatía en jugadores y no jugadores de juegos violentos (Gao et al., 2017).

Independientemente del punto de vista de los autores, los estudios en el campo de los videojuegos, resaltan avances significativos desde el punto de vista de la plasticidad del cerebro,

respecto de la probabilidad de cambios en las funciones cognitivas y por ende en la forma que nos comportamos, reflejando cuán susceptible de influir, mejorar o perjudicar es la cognición (Anderson, 2016; Gao et al., 2017). Como se mencionó anteriormente, existe predominancia de estudios de género acción y, en ese sentido, Wang et al. (2016) publicaron un metaanálisis con el objetivo de evaluar los efectos del entrenamiento cognitivo en juegos electrónicos de acción en adultos y ancianos sanos.

Tomando en consideración que, según el conocimiento de los autores del presente trabajo, no existe otra revisión sistemática o metaanálisis que haya investigado los efectos de otros videojuegos que no sean los de acción y de entrenamiento cognitivo en la cognición de adultos sanos, este estudio tiene como objetivo expandir los resultados de Wang et al. (2016) a través de la investigación de los efectos de los entrenamientos cognitivos en adultos sanos realizados con múltiples géneros de videojuego desarrollados para el entretenimiento.

2. MÉTODO

Para la realización del presente estudio, se optó por la elaboración de una revisión sistemática de literatura siguiendo el modelo *PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses)*; Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

2.1. Recolección de datos

La colecta de datos se realizó por medio de una búsqueda *online* para la selección de las principales producciones científicas nacionales e internacionales utilizando los siguientes descriptores: (*video game OR computer game OR videogame OR electronic game OR game base OR game like OR game intervention*) AND (*cognition OR cognitive function OR executive function OR executive control*). Las búsquedas se realizaron en las siguientes bases de datos: *US National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed)*; *Biblioteca Virtual em Saúde (Bvs)*; *Scientific Electronic Library On-line (Scielo)*; *Scopus e Web of Science*. Las búsquedas se realizaron en junio de 2018 por dos jueces independientes.

2.2. Criterios de elegibilidad

Los criterios de inclusión establecidos para la selección de la muestra fueron: 1) artículos experimentales o cuasi-experimentales (que mostrasen al menos un grupo expuesto a JDE con medidas pre y post test); 2) artículos que aplicasen JDE y una muestra de adultos sanos (18-59 años). Dichos criterios son similares a los utilizados por Wang et al. (2016), diferenciándose principalmente por el hecho de que estos autores utilizaron exclusivamente videojuegos de acción y no diferenciaron entre géneros JDE y JEC. Todos los artículos incluidos fueron seleccionados con base en los criterios citados anteriormente, sin embargo, no todas las bases de datos poseían los mismos filtros. Los filtros utilizados en las bases de datos *PubMed* y *BVS* fueron: artículos con humanos, en *Web of Science* se utilizó el filtro artículos. No fue necesario utilizar filtros en las demás bases de datos debido al bajo número de artículos exhibidos.

En la presente revisión fueron utilizados como criterio de exclusión: 1) trabajos como tesis, disertaciones, libros, capítulos de libros, reseñas, críticas, comentarios, editoriales, anales e informes científicos; 2) artículos que incluyesen videojuegos con ejercicios físicos (*exergames*). La colecta de datos fue conducida a través del análisis minucioso de los títulos, resúmenes y palabras clave de acuerdo con los criterios establecidos. Se excluyó los artículos que no incluían en el título o resumen al menos una de las palabras clave establecidas, así como los artículos repetidos. En la fase de lectura del texto completo de los artículos seleccionados se excluyó estudios que, aunque *Revista Neuropsicología Latinoamericana* (2018), 10 (3), 19-29

incluían en el título o resumen las palabras clave, no tenían relación con el tema de la presente revisión o presentaron aspectos metodológicos incompatibles.

2.3. Riesgo de sesgo en los estudios individuales

Utilizando como base las etapas referentes a posibles sesgos referidos en el modelo *PRISMA*, se optó por una revisión sistemática con mayor rigor, a través de la elaboración de criterios de inclusión y exclusión capaces de eliminar parte de los sesgos de la investigación, de los cuales los autores del presente estudio tienen conocimiento, presentes en la temática de juegos electrónicos y mejoramiento de procesos cognitivos. Principalmente respecto de sesgos vinculados con trabajos no experimentales, diferencias en la mejora cognitiva en adultos y ancianos, así como las diferencias en poblaciones sanas y poblaciones sitiadas por patologías.

3. RESULTADOS

Fueron encontrados 1009 artículos en la base de datos *PubMed*, 3366 en la base *BVS*, 60 en *Scopus*, 1665 en *Web of Science* y 35 en la base *Scielo*. Además, algunos de los artículos (n=4) del metaanálisis de Wang et al. (2016) fueron incluidos a través de una búsqueda manual. Posiblemente, esos cuatro estudios no fueron localizados en nuestras búsquedas dado que Wang et al. (2016) utilizaron dos bases de datos distintas a las utilizadas en la presente revisión. La figura 1 muestra los pasos seguidos en el proceso de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de los artículos con base en el modelo *PRISMA*. Aunque el idioma no haya sido restringido, todos los artículos en esta revisión fueron escritos en inglés.

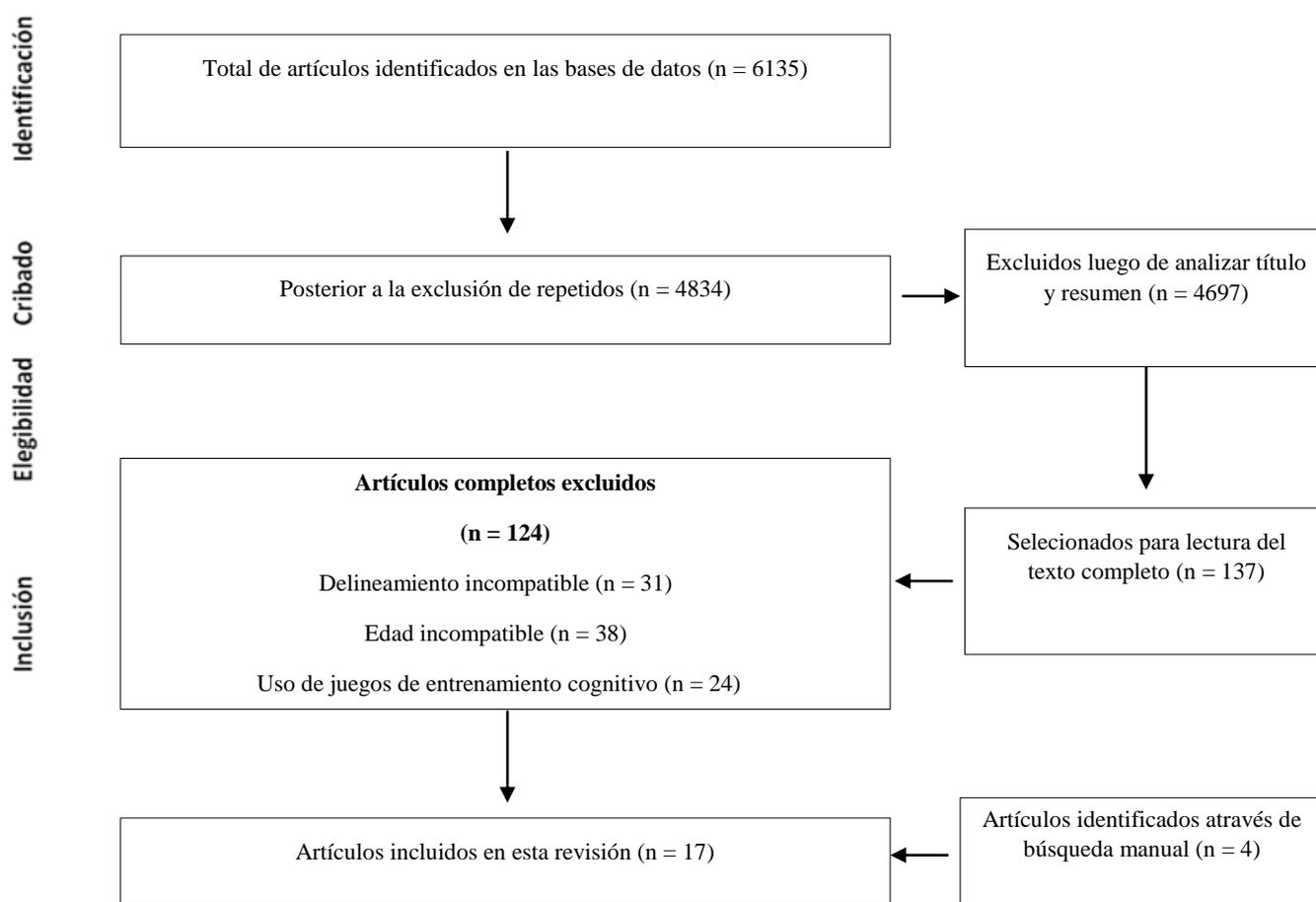


Figura 1. Flujograma de la sistematización de la revisión

En la tabla 1 se encuentra una síntesis de los principales datos de los artículos utilizados. Dichos artículos fueron identificados a través de números ordinales (1,2,3...), los cuales fueron utilizados como referencia en las demás tablas a lo largo de este artículo.

La tabla 2 presenta el título de los videojuegos utilizados por los autores de las investigaciones analizadas, género y las plataformas en las cuales estos juegos pueden ser utilizados. Tal como se esperaba hubo predominio en el uso de videojuegos de acción en los estudios seleccionados (n=13), sin embargo, algunas investigaciones hicieron comparación entre algún juego de acción y otro género de videojuegos (n=6). Además, otros estudios (n=4) utilizaron otros géneros (rompecabezas, ETR y plataformas), así como JEC. Aunque la mayoría de los videojuegos están disponibles en múltiples plataformas se observó predominio de las computadoras para la ejecución de entrenamientos cognitivos (n=14). Solo una de las investigaciones estudió las posibles diferencias entre el uso de dispositivos móviles y computadoras (Oei & Patterson, 2013). Los autores concluyeron que, aunque los celulares y tablets poseen pantallas considerablemente menores, son capaces de mejorar las funciones cognitivas en proporciones similares a las computadoras. Probablemente el predominio en el uso de computadoras se deba a cuestiones de practicidad y costo, considerando que usualmente el valor de un juego disponible para computadora es menor que un juego para consola (PlayStation Network, 2018; Steam, 2018).

La tabla 3 muestra información relacionada con la mejora cognitiva observada, la duración de los entrenamientos, la presencia de individuos con experiencia en videojuegos previo a los experimentos y la posibilidad de transferencia de las habilidades para tareas de la vida cotidiana. Se puede observar que la memoria de trabajo mejoró a través de entrenamientos cognitivos realizados con subgéneros de JDE del género acción (n=4), rompecabezas (n=4), ETR (n=3) y plataformas (n=2). Siendo la única función cognitiva que mejoró con cuatro de los cinco subgéneros de JDE mostrados en esta revisión. Las habilidades visuo-espaciales mejoraron únicamente con los juegos de acción (n=5) y ETR (n=1), lo mismo sucedió con el procesamiento de información. Por su parte la flexibilidad cognitiva mejoró con los juegos de acción (n=3), ETR (n=2) y rompecabezas (n=1). Por su lado la atención selectiva mostró mejoría con los juegos de acción (n=6), ETR (n=2) y rompecabezas (n=1); la atención alternante mostró mejoría por los mismos géneros, acción (n=2), ETR (n=2) y rompecabezas (n=1). Respecto de los SVR, tres de los estudios los utilizaron para grupos de control (Glass et al., 2013; Li et al., 2009, 2010), sólo uno de los estudios (Oei & Patterson, 2013) aplicó SVR como herramienta de entrenamiento cognitivo. Tal como era de esperarse, no se observaron mejoras cognitivas con los juegos SVR en ninguno de los cuatro estudios mostrados.

4. DISCUSIÓN

Es posible observar, con base en los resultados, que existe una gran variación de títulos de juegos electrónicos utilizados. Las mejoras cognoscitivas encontradas variaron de acuerdo con las intervenciones utilizadas. Siendo así, algunas subcategorías fueron elaboradas, buscando la realización de una discusión organizada y relevante.

4.1. *Efectos de los distintos géneros de videojuegos en la cognición de adultos sanos*

Según lo expuesto en las tablas 2 y 3, los entrenamientos cognitivos realizados con juegos electrónicos del género acción mejoraron las habilidades visuo-espaciales la atención selectiva, la atención alternante, la memoria de trabajo y demás funciones ejecutivas. Estos hallazgos corroboran otros estudios que evidenciaron predominio de mejoras cognitivas en las funciones atencionales (Bavelier et al., 2012; Bejjanki et al., 2014; Peretz et al., 2011), visuo-espaciales (Apellbaum et al.,
Revista Neuropsicología Latinoamericana (2018), 10 (3), 19-29

2013; Bejjanki et al., 2014; Clark et al., 2011), memoria de trabajo (Kühn et al., 2014) y demás funciones ejecutivas (Apellbaum et al., 2013; Bejjanki et al., 2014; Clark et al., 2011) de adultos sanos jugadores de videojuegos de acción.

Tabla 1.

Principales características de los estudios seleccionados

N°	Referencia	Lugar	Objetivo	Resultados
1	Gleich, Lorenz, Gallinat, & Kühn (2017)	Alemania	Investigar si el entrenamiento cognitivo está asociado a cambios neuronales en el sistema de recompensa cerebral	Se observó mayor activación del hipocampo después del entrenamiento, indicando beneficios en la memoria
2	Ray et al. (2017)	EUA	Evaluar a relación entre integridad de la materia blanca, cognición y aprendizaje complejo a través de vídeo juegos	Se evidenció correlación entre el aprendizaje de videojuegos y materia blanca. Hubo mejoría cognitiva de la memoria de trabajo y percepción
3	Clemenson e Stark (2015)	EUA	Investigar si la exploración de un ambiente de vídeo juegos 3D estimula el hipocampo	El ambiente de vídeo juegos 3D estimuló el hipocampo generando beneficios para la memoria
4	Schubert et al. (2015)	Alemania	Determinar qué aspectos de la atención son optimizados por los video juegos de acción	Se observó mejoría en la velocidad de procesamiento
5	Blacker e Curby (2014)	EUA	Identificar si los videojuegos de acción mejoran cuantitativa o cualitativamente la memoria de trabajo	Los videojuegos utilizados mostraron beneficios tanto cuantitativos como cualitativos de la memoria de trabajo
6	Colzato, Wildenberg, & Hommel (2014)	Holanda	Evaluar si la transferencia de las habilidades cognitivas generadas por los videojuegos de acción se relaciona con la predisposición genética del Catecol O-Metiltransferase Val158Met	La predisposición genética tiene influencia sobre la transferencia de la flexibilidad cognitiva
7	Glass, Maddox, & Love (2013)	EUA	Determinar si jugar videojuegos mejora la flexibilidad cognitiva y como se da ese proceso	Las redes neuronales sustentan la flexibilidad cognitiva y pueden mejorar a través de la experiencia con videojuegos que estimulen y mantengan la rápida manipulación de diversas fuentes de información
8	Oei & Patterson (2013)	EUA	Investigar si los videojuegos que no son del género acción pueden mejorar la cognición.	Cada género fue capaz de mejorar determinadas funciones cognitivas
9	Colom et al. (2012)	España	Examinar si hay modificaciones en la materia blanca y gris en el cerebro de los jugadores de videojuegos	Se observó mejoría tanto en la materia blanca como en la materia gris así como optimización de las funciones ejecutivas
10	Wu et al. (2012)	EUA	Investigar si hay relación entre jugar videojuegos de acción y neuroplasticidad cerebral	Se observó optimización en la atención visual y en la neuroplasticidad cerebral
11	Li, Polat, Scalzo, & Bavelier (2010)	EUA	Examinar si la dinámica de la percepción también puede ser alterada por la exposición a juegos de acción	Se observó mejoría en la atención selectiva y alternante
12	Li, Polat, Makous, & Bavelier (2009)	EUA	Evaluar si los juegos de acción optimizan las habilidades viso-espaciales.	Hubo mejoría en las habilidades viso-espaciales y de la plasticidad cortical
13	Nelson & Strachan (2009)	EUA	Comparar efectos de los videojuegos de acción y de rompecabezas en las funciones ejecutivas	Ambos géneros de videojuegos perfeccionan el procesamiento de la información.

Tabla 1.

Principales características de los estudios seleccionados (continuación)

N°	Referencia	Lugar	Objetivo	Resultados
14	Boot, Kramer, Sions, Fabiani, & Gratton (2008)	EUA	Determinar si los beneficios de los videojuegos se limitan a tareas visuales y de atención	Los jugadores experimentados presentan mejor control ejecutivo, memoria de trabajo visual, atención sostenida y alternante. Quienes no juegan mostraron mejoría sólo en la flexibilidad cognitiva después de utilizar el mismo videojuego.
15	Green & Bavelier (2007)	EUA	Investigar si jugar videojuegos de acción optimizan las habilidades viso espaciales	Jugadores de videojuegos de acción presentaron desempeño superior en las habilidades viso espaciales
16	Green & Bavelier (2006a)	EUA	Investigar los efectos de los videojuegos de acción en la distribución espacial de la atención	Quienes utilizan videojuegos de acción mejoraron en atención selectiva y en habilidades viso espaciales
17	Green & Bavelier (2006b)	EUA	Investigar el efecto de los videojuegos en las funciones ejecutivas	Los resultados indican que los videojuegos de acción mejoran las funciones ejecutivas

EUA: Estados Unidos de América

Fuente: elaboración propia

Sin embargo, un estudio realizado por Gaspar et al. (2013) contradice parte de estos hallazgos al concluir que no hay diferencias entre la atención alternante de jugadores experimentados de juegos de acción e individuos que nunca jugaron este género de juegos electrónicos. Cabe resaltar que la muestra seleccionada para este estudio no fue expuesta a ningún juego electrónico. Los participantes fueron cuestionados sobre sus experiencias con juegos electrónicos y asignados en un grupo de jugadores y otro de no jugadores para posterior evaluación cognitiva.

Tabla 2.

Características principales de los videojuegos analizados

N°	Título	Género	Plataforma
1	<i>Super Mario 64 DS</i>	Plataforma	Nintendo DS
2	<i>Tank Attack 3D</i>	Acción/DPP	Computadora, Dispositivo móvil
3	<i>Sushi-Go-Round</i>	ETR	Wii, Nintendo DS, Dispositivo móvil, Computadora
	<i>Super Mario 3D</i>	Plataforma	Nintendo Wii
4	<i>Angry Birds</i>	Rompecabezas	Dispositivo móvil, Computadora
	<i>Medal of Honor – Allied Assault</i>	Acción/DPP	Computadora
5	<i>Call of duty: Modern Warfare 3</i>	Acción/DPP	PlayStation, Xbox, Computadora, Nintendo DS
	<i>Call of duty: Black Ops</i>	Acción/DPP	PlayStation, Xbox, Computadora, Nintendo DS
6	<i>Half-Life 2</i>	Acción/DPP	PlayStation, Xbox, Computadora
7	<i>Star Craft</i>	ETR	Computadora
	<i>The Sims 2</i>	SVR	Dispositivo móvil, PlayStation, Computadora

Tabla 2.

Características principales de los videojuegos analizados (continuación)

N°	Título	Género	Plataforma
8	<i>Hidden Expedition-Everest</i>	Rompecabezas	Computadora
	<i>Bejewelled 2</i>	Rompecabezas	Dispositivo móvil, Computadora
	<i>Modern Combat: Sandstorm</i>	Acción/DPP	Dispositivo móvil, Computadora
	<i>The Sims 2</i>	SVR	Dispositivo móvil, PlayStation, Computadora
9	<i>Professor Lay ton and The Pandora's Box</i>	Rompecabezas	Nintendo DS
10	<i>Medal of Honor: Pacific Assault</i>	Acción/DPP	Computadora
11	<i>Unreal Tournament 2004</i>	Acción/DPP	Computadora
	<i>Call of Duty 2</i>	Acción/DPP	Dispositivo móvil, PlayStation, Xbox, Computadora
	<i>The Sims 2</i>	SVR	Dispositivo móvil, PlayStation, Computadora
12	<i>Unreal Tournament 2004</i>	Acción/DPP	Computadora
	<i>The Sims 2</i>	SVR	Dispositivo móvil, PlayStation, Computadora
13	<i>Unreal Tournament 2004</i>	Acción/DPP	Computadora
	<i>Portal 2</i>	Rompecabezas	PlayStation, Xbox, Computadora
14	<i>Tetris</i>	Rompecabezas	Universal
	<i>Medal of Honor – Allied Assault</i>	Acción/DPP	Computadora
	<i>Rise of Nations</i>	ETR	Dispositivo móvil, Computadora
15	<i>Unreal Tournament 2004</i>	Acción/DPP	Computadora
16	<i>Unreal Tournament 2004</i>	Acción/DPP	Computadora
17	<i>Medal of Honor – Allied Assault</i>	Acción/DPP	Computadora

DPP: disparo en primera persona; ETR: estrategia en tiempo real; SVR: simuladores de vida real

Fuente: Elaboración propia

Otro estudio conducido por Figueiredo y Sbissa (2013) el cual investigó el efecto de los juegos electrónicos en la atención selectiva, también encontró resultados que contradicen la literatura. Los resultados encontrados por los autores demostraron que no jugadores de juegos electrónicos presentaron mejores resultados en las pruebas de atención. Una vez más la muestra reclutada fue dividida en dos grupos, uno de jugadores de juegos electrónicos experimentados y otro de no jugadores. Los autores no hicieron distinción de género de juegos electrónicos ni de tiempo de exposición semanal de los individuos que conformaron el grupo de jugadores.

Aunque se pudo notar mayor prevalencia en los juegos de acción, nuestros hallazgos demuestran que el género de juegos de acción no es el único capaz de perfeccionar las funciones cognitivas. Los juegos del género rompecabezas mejoraron la capacidad retentiva de la memoria de trabajo (Boot et al., 2008, Clemenson & Stark, 2015) y demás funciones ejecutivas (Boot et al., 2008; Nelson & Strachan, 2009; Oei & Patterson 2013). El entrenamiento cognitivo con los juegos del género plataformas demostró eficacia en el mejoramiento de la memoria de trabajo (Clemenson & Stark, 2015, Gleich et al., 2017). Únicamente tres de los estudios seleccionados para la revisión hicieron uso del género ETR, los cuales mejoraron la memoria de trabajo, procesamiento de

información, flexibilidad cognitiva, atención selectiva y sostenida (Boot et al., 2008; Glass et al., 2013) y habilidades viso espaciales (Ray et al., 2017).

Nos gustaría resaltar dos puntos importantes relacionados con los efectos de los diferentes géneros de juegos electrónicos en las funciones cognitivas.

Tabla 3.

Principales mejoras cognitivas y características de los entrenamientos cognitivos

Nº	Habilidades mejoradas	Media de edad (participantes)	Duración del entrenamiento	Sesiones semanales (duración)	Experiencia previa	Transferencia
1	Memoria de trabajo	23 (n = 48)	2 meses	7 (30 minutos)	Si	N/I
2	Memoria de trabajo Habilidades espaciales	26 (n = 31)	1 día	2 (1,5h)	Si	N/I
3	Memoria de trabajo	20 (n = 69)	2 semanas	7 (30 minutos)	No	N/I
4	Procesamiento de la información	25 (n = 62)	4 semanas	4 (1h)	No	N/I
5	Memoria de trabajo	20 (n = 39)	30 días	7 (1h)	No	N/I
6	Flexibilidad cognitiva	22 (n = 186)	2 semanas	5 (30 minutos)	No	N/I
7	Flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, atención selectiva y alternante	20 (n = 72)	40 días	5 (1h)	Si	N/I
8	Flexibilidad cognitiva ¹ , atención selectiva ¹ , memoria de trabajo ²	21 (n = 75)	4 semanas	5 (1h)	No	N/I
9	Memoria de trabajo	18 (n = 20)	4 semanas	4 (1h)	No	N/I
10	Atención Selectiva	21 (n = 35)	3 semanas	3 (1h)	No	N/I
11	Atención selectiva y atención alternante	25 (n = 25)	6 semanas	4 (2h)	Si	N/I
12	Habilidades visuo- espaciales	25 (n = 13)	5 semanas	5 (2h)	No	N/I
13	Procesamiento de la información	21 (n = 26)	1 día	4 (15 minutos)	Si	N/I
14	Flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo, atención selectiva y alternante	21 (n = 82)	5 semanas	3 (1,5h)	Si(G1) No(G2)	N/I
15	Habilidades viso espaciales	21 (n = 32)	4 semanas	4 (2h)	No	N/I

Tabla 3.

Principales mejoras cognitivas y características de los entrenamientos cognitivos (continuación)

N°	Habilidades mejoradas	Media de edad (participantes)	Duración del entrenamiento	Sesiones semanales (duración)	Experiencia previa	Transferencia
16	Atención selectiva, habilidades visuo-espaciales	21 (n = 32)	4 semanas	4 (2h)	No	N/I
17	Habilidades visuo-espaciales, memoria de trabajo y atención selectiva	20 (n = 17)	2 semanas	5 (1h)	No	N/I

N/I: No investigado; ¹ DPP disparo en primera persona; ² Rompecabezas; G1: grupo de jugadores experimentados; G2: grupo de no jugadores.

Fuente: elaboración propia

El primero punto es que existen evidencias de que diferentes géneros de juegos electrónicos parecen mejorar de forma más eficaz determinadas funciones cognitivas. Por ejemplo, Oei y Patterson (2013) mostraron que los juegos de acción optimizan la flexibilidad cognitiva y la atención selectiva, mientras que los juegos del género rompecabezas mejoran la memoria de trabajo. En concordancia con esa investigación Ray et al. (2017) concluyen que cuando se compara un juego del género ETR se observa mayor optimización de las habilidades visuo-espaciales en comparación con los juegos de acción.

El segundo punto está relacionado con los juegos electrónicos de los géneros acción y ETR, los cuales son conocidos por su capacidad de mejorar múltiples funciones cognitivas simultáneamente (Bejjanki et al., 2014, Clark et al., 2011). Sin embargo, existen datos que apuntan que entrenamientos cognitivos, con JEC, elaborados específicamente para estimular una función cognitiva a la vez, presentaran mayor magnitud de eficacia en la optimización de la atención concentrada, memoria de trabajo, habilidades visuo-epaciales y flexibilidad cognitiva cuando se compara los JDE con los géneros acción y rompecabezas (Peretz et al., 2011).

Otro punto importante ha sido recientemente destacado por Dale y Green (2017) y está relacionado con el riesgo metodológico de la utilización de los juegos clasificados como híbridos (*Hybrid Genres*), que presentan características de dos o más géneros de juegos electrónicos, y pueden ser fácilmente confundidos con juegos de una categoría específica, incurriendo en potenciales sesgos en los resultados de estudios realizados por investigadores que no son jugadores.

4.2. Duración de los entrenamientos

El cálculo del promedio del número de sesiones semanales de entrenamiento cognitivo, administradas por los estudios presentados en la tabla 3, es igual a cinco sesiones por semana y el total de entrenamientos es en promedio de 19 sesiones. Mientras que el promedio de tiempo de los entrenamientos es de 22 hrs. Siendo que uno de los estudios obtuvo evidencias de mejoramiento cognitivo después de una hora de entrenamiento (Nelson & Strachan, 2009).

Cabe resaltar que la muestra de individuos que no jugaban juegos electrónicos en el estudio de Boot et al. (2008), obtuvieron progreso cognitivo inferior, en relación con el grupo de jugadores experimentados, después de las 21h de entrenamiento. Los autores discuten la posibilidad de que los

jugadores con experiencia previa tengan mayor propensión a la mejora cognitiva debido a la exposición prolongada a los juegos electrónicos a lo largo de la vida. Otra hipótesis planteada por este estudio es la posibilidad de que los individuos posean características individuales que podrían influir en el impacto de los juegos electrónicos sobre las funciones cognitivas (por ejemplo: nivel de escolaridad, predisposición genética, etc.).

Recientemente un estudio realizado por Colzato et al. (2014) reafirma esta hipótesis al constatar que el genotipo Val158Met de la enzima metabolizadora catecol-O-metiltransferasa (COMT) está directamente relacionado con la magnitud del perfeccionamiento obtenido a través de los entrenamientos cognitivos con videojuegos de acción. En cuanto a la duración de los entrenamientos, estudios realizados con ancianos sanos (Ballesteros et al., 2014) y amenazados por patologías neurocognitivas (por ejemplo, dificultades cognitivas leves, demencia y Alzheimer), constataron beneficios en las funciones cognitivas después de 20 sesiones de entrenamiento cognitivo con JEC (Kanaan et al., 2014; Wiloth, Lemke, Werner & Hauer, 2016), estos resultados son similares al resultado del cálculo del promedio de sesiones administradas en los 17 estudios analizados en esta revisión.

Un estudio de meta-análisis realizado por Toril, Reales y Ballesteros (2014) resalta que el número, duración de las sesiones y la edad de los participantes pueden influir en la cantidad y calidad de las mejoras cognoscitivas obtenidas a través de los entrenamientos con juegos electrónicos. Otro estudio publicado en la revista *Nature*, corrobora estos hallazgos al sugerir que la edad está directamente relacionada con el tiempo de exposición necesario para el perfeccionamiento cognitivo a través de entrenamientos con juegos electrónicos (Anguera et al., 2013). En relación con estos resultados, una revisión sistemática que evaluó los efectos de los videojuegos en la cognición de ancianos con deterioro cognitivo, observó que la duración media de los entrenamientos era de 20 hrs, realizados normalmente en un periodo de un mes (Cardoso, Landenberger, & Argimon, 2017). Por lo tanto, existe la posibilidad de que el grupo de edad utilizado por los estudios incluidos en esta revisión, que varía entre 18 y 25 años, necesite de un número inferior al promedio de 19 sesiones y de 22hrs de duración total de los entrenamientos, para presentar mejoras significativas (tabla 3).

4.3. Exposición previa a los juegos electrónicos

Con base en el contenido expuesto en la tabla 3, se observa que todos los estudios seleccionados consideraron la posibilidad de que su muestra tuviese alguna experiencia anterior con los juegos electrónicos. Sin embargo, cinco artículos incluyeron a individuos con experiencia previa en su muestra (Glass et al., 2013, Gleich et al., 2017, Li et al., 2010, Nelson & Strachan, 2009; Ray et al., 2017). Este hecho merece tomarse en cuenta, en la medida en que la inclusión de participantes que ya realizaban alguna forma de entrenamiento cognitivo previamente al experimento (jugaban algún género de juego electrónico) puede potencialmente implicar sesgos en la investigación.

Tres de estos estudios incluyeron en su muestra individuos con poca experiencia previa (hasta dos horas por semana), debido a la dificultad en encontrar individuos que no jugaban juegos electrónicos y por considerar que este tiempo de exposición no sería suficiente para obtener un mejoramiento cognitivo (Glass et al., 2013; Gleich et al., 2017; Ray et al., 2017). Sin embargo, existen evidencias de que dos horas de exposición semanal son suficientes para la obtención de alteraciones cognitivas (Pompeu et al., 2012). En realidad, ya se ha evidenciado un mejoramiento de las funciones viso espaciales y de memoria de trabajo después de 25 minutos de entrenamiento cognitivo con un juego electrónico de acción (Sánchez, 2012).

El estudio realizado por Li et al. (2010), incluyó en su grupo experimental, de no jugadores, algunos individuos que poseían experiencia previa con otros géneros de juegos electrónicos (rompecabezas y estrategia) posiblemente por considerar que estos géneros no mejorarían las funciones cognitivas. Sin embargo, los resultados de esta revisión sistemática y los hallazgos de Oei y Patterson (2013) evidencian que otros géneros de juegos electrónicos, además de los juegos de acción, son capaces de perfeccionar las funciones cognitivas.

Por último, la investigación conducida por Nelson y Strachan (2009) utilizó individuos con experiencia previa tanto en el grupo que fue expuesto al género de juegos electrónicos de acción, como en el grupo expuesto al género rompecabezas. Los mismos criterios de inclusión se utilizaron para ambos grupos, de esa forma los grupos presentaban homogeneidad de experiencia con juegos electrónicos. Sin embargo, este estudio evidenció la mejora en la capacidad de procesamiento de información después de cuatro sesiones, de 15 minutos cada una, en un solo día.

Es posible que la experiencia previa de los jugadores haya contribuido a reducir la latencia entre la duración del entrenamiento y el surgimiento de beneficios cognitivos. En particular debido al hecho de que los videojuegos de acción (*Unreal tournament 2004* utilizados por Nelson y Strachan (2009) fueron utilizados por otros estudios incluidos en esta revisión, los cuales obtuvieron datos de mejoramiento cognitivo tras una media de 40 horas de entrenamiento (Li et al., 2009, 2010, Green & Bavelier 2006a, 2007). Sin embargo, aunque el estudio de Sánchez (2012) sugiere mejoramiento cognitivo después de 25 minutos de entrenamiento, no se encontraron datos relacionados con la experiencia anterior ni la edad de los participantes en este estudio.

4.4. Efectos de transferencia

Ninguno de los estudios seleccionados en esta revisión investigó sobre el posible efecto de transferencia, de los entrenamientos cognitivos con videojuegos, para actividades cotidianas (tabla 3). Estos estudios únicamente plantean la posibilidad de que los efectos de los entrenamientos puedan ser extendidos para tareas cotidianas que utilizan las mismas redes neuronales. No obstante, hasta donde se tiene conocimiento, no existen estudios que investiguen el efecto de transferencia de las habilidades desarrolladas a través de los JDE en adultos sanos para la vida real (Boot et al., 2008, Clemenson & Stark, 2015, Colzato et al., 2014, Gleich et al., 2017, Green & Bavelier 2007, 2006a, Schubert et al., 2015).

Sin embargo, otro estudio de metaanálisis concluyó que las mejoras en las habilidades espaciales, provenientes de los videojuegos de acción, son comparables a efectos de cursos universitarios que tienen como objetivo mejorar las mismas habilidades. Resalta también que nada impide el aprovechamiento de esa estimulación cognitiva para actividades cotidianas que utilicen las mismas redes neuronales (Uttal et al., 2012). Por ejemplo, se sabe que los pilotos de la aeronáutica israelí mostraron mejoras en la atención selectiva y alternante, luego de una serie de entrenamientos con JEC (*Space Fortress II*) el cual es un simulador de una aeronave con la cual debe atacar y destruir fortalezas espaciales y al mismo tiempo debe defenderse de aeronaves enemigas. Luego del ejercicio, los pilotos que recibieron dicha preparación presentaron mejor desempeño en las pruebas de pilotaje, refiriendo que hubo transferencia de habilidades. Dicha transferencia se observó a través de la medición de tareas comportamentales específicas relacionadas con las pruebas de pilotaje (por ejemplo: realizar una lista de chequeo antes del vuelo, tiempo previo antes del despegue, control de la aeronave, etc.). Debido al éxito del entrenamiento, las fuerzas armadas israelitas incluyeron este JEC en su programa de entrenamiento militar (Gopher et al., 1994).

Algunos autores manifestaron que las habilidades desarrolladas a través de entrenamiento con JEC en ancianos fueron transferidas a actividades cotidianas (Manera et al., 2015). Mientras otros estudios, también con ancianos, concluyen que las habilidades desarrolladas en los entrenamientos cognitivos no pueden ser transferidas a la vida real, sólo de un juego a otro (Fernández-Calvo et al., 2011; Optale et al., 2010).

Es importante resaltar que existen evidencias de que los efectos de transferencia pueden estar directamente asociados a factores genéticos individuales (Colzato et al., 2014). El tiempo de entrenamiento, el género y el título del juego electrónico utilizado, también deben tomarse en cuenta cuando se habla de transferencia de habilidades (Li et al., 2009; Oei & Patterson, 2013, Schubert et al., 2015).

5. CONCLUSIONES

Esta revisión resalta la diversidad de efectos que otros juegos, además de los juegos de acción, pueden promover en las funciones cognitivas de adultos. De esa manera, la elaboración de más estudios que tomen en cuenta los diversos géneros de juegos existentes es fundamental. Cabe resaltar que además de los géneros presentados en este estudio, existen muchos otros que aún no han sido estudiados. Una breve consulta a una de las plataformas online más utilizadas por los jugadores pone de manifiesto la existencia de más de 100 géneros de juegos electrónicos (Steam, 2018).

Además, no se sabe con plena certeza hasta qué punto dos juegos de un mismo género (acción activa) estimularán la misma función cognitiva en igual proporción. Del mismo modo, es importante resaltar que la posibilidad de la utilización de los JDE como herramienta de perfeccionamiento cognitivo, comenzó a ser comprobada recientemente, siendo un efecto indirecto de su objetivo principal, el entretenimiento de la población mundial. Se destaca también que la inclusión sólo de estudios experimentales o cuasi-experimentales con medias pre y post-test para la composición de los resultados de esta revisión, aunque enriquezca la calidad de los datos presentados, también puede ser vista como una limitación cuantitativa, ya que diversos estudios que se realizaron con otras metodologías fueron eliminados.

Otro punto importante está relacionado con la posibilidad de la existencia de efectos negativos después de una exposición prolongada a los juegos electrónicos. Aunque los estudios analizados en esta revisión no registran efectos negativos, se hace necesaria la realización de investigaciones que indaguen esa hipótesis, especialmente por el hecho de que, a la exposición prolongada, comúnmente se le vincula con la dependencia a internet o de juegos electrónicos (por ejemplo trastorno por videojuegos online), diagnóstico que podría aparecer en la próxima edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (APA, 2014). En líneas generales, considerando la relevancia de estudios relacionados con entrenamientos cognitivos, cabe destacar que son necesarias más investigaciones para determinar el tiempo de entrenamiento mínimo necesario para observar cambios cognitivos relacionados con la utilización de cada género de videojuegos, así como si esta mejora puede ser transferida a la vida real.

Referencias

- American Psychiatry Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Anderson, C. A. (2016). Media Violence Effects on Children, Adolescents and Young Adults. *Health Progress*, 97(4), 59-62. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28165689>

- Anguera, J. A., Boccanfuso, J., Rintoul, J. L., Al-Hashimi, O., Faraji, F., Janowich, J., Kong, E., Larraburo, Y., Rolle, C., Johnston, E., & Gazzaley, A. (2013). Video game training enhances cognitive control in older adults. *Nature*, *501*(7465), 97–101. doi:10.1038/nature12486
- Apellbaum, L. G., Cain, M. S., Darling, E. F., & Mitroff, S. R. (2013). Action video game playing is associated with improved visual sensitivity, but not alterations in visual sensory memory. *Attention, Perception, & Psychophysics*, *75*(6), 1161-1167. doi:10.3758/s13414-013-0472-7
- Ballesteros, S., Prieto, A., Mayas, J., Toril, P., Pita, C., Leon, L., . . . Waterworth, J. (2014). Brain training with non-action video games enhances aspects of cognition in older adults: a randomized controlled trial. *Frontiers in aging neuroscience*, *6*(277), 1-14. doi:10.3389/fnagi.2014.00277
- Bavelier, D., Achtman, R. L., Mani, M., & Focker, J. (2012). Neural bases of selective attention in action video game players. *Vision Research*, *15*(61), 132–143. doi:10.1016/j.visres.2011.08.007
- Bejjanki, V. R., Zhang, R., Li, R., Pouget, A., Green, C. S., Lu, Z. L., & Bavelier, D. (2014). Action video game play facilitates the development of better perceptual templates. *Pnas*, *111*(47), 16961–16966. doi:10.1073/pnas.1417056111
- Blacker, K. J., & Curby, K. M. (2014). Effects of Action Video Game Training on Visual Working Memory. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, *40*(5), 1992-2004. doi:10.1037/a0037556
- Boot, W. R., Kramer, A. F., Simons, D. J., Fabiani, M., & Gratton, G. (2008). The effects of video game playing on attention, memory, and executive control. *Acta Psychologica*, *129*, 387-398. doi:10.1016/j.actpsy.2008.09.005
- Cardoso, N. O., Landenberger, T., & Argimon, I. I. L., (2017). Jogos Eletrônicos como Instrumentos de Intervenção no Declínio Cognitivo – Uma Revisão Sistemática. *Revista de Psicologia da IMED*, *9*(1), 119-139. doi:10.18256/2175-5027.2017.v9i1.1941.
- Clark, K., Fleck, S. M., & Mitroff, S. R. (2011). Enhanced change detection performance reveals improved strategy use in avid action video game players. *Acta Psychologica*, *136*, 67-72. doi:10.1016/j.actpsy.2010.10.003
- Clemenson, G. D., & Stark, C. E. L. (2015). Virtual Environmental Enrichment through Video Games Improves Hippocampal-Associated Memory. *The Journal of Neuroscience*, *35*(49), 16116-16125. doi:10.1523/JNEUROSCI.2580-15.2015
- Colzato, L. S., Widenberg, W. P. M. V., & Hommel, B. (2014). Cognitive control and the COMT Val158Met polymorphism: genetic modulation of videogame training and transfer to task-switching efficiency. *Psychological Research*, *78*, 670-678. doi:10.1007/s00426-013-0514-8
- Dale, G., & Green, C. S. (2017). The Changing Face of Video Games and Video Gamers: Future Directions in the Scientific Study of Video Game Play and Cognitive Performance. *Journal of Cognitive Enhancement*, 1-15. doi:10.1007/s41465-017-0015-6
- Figueiredo, O., & Sbissa, P. P. M. (2013). Efeito dos jogos eletrônicos sobre atenção seletiva. *Ciências & cognição*, *18*(2), 129-135. Recuperado de <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/851>
- Gao, X., Pan, W., Li, C., Weng, L., Yao, M., & Chen, A. (2017). Long-Time Exposure to Violent Video Games Does Not Show Desensitization on Empathy for Pain: An fMRI Study. *Frontiers in psychology*, *2*(8), 650. doi:10.3389/fpsyg.2017.00650
- Gaspar, J. G., Neider, B. M., Crowell, J. A., Lutz, A., Kaczmaraski, H., & Kramer, A. F. (2013). Are gamers better crossers? An examination of action video game experience and dual task effects in a simulated street crossing task. *Human Factors*, *20*(10), 1–10. doi:10.1177/0018720813499930
- Glass, D. B., Maddox, W. T., & Love, B. C. (2013). Real-time strategy game training: emergence of a cognitive flexibility trait. *Plos One*, *8*(8), e70350. doi:10.1371/journal.pone.0070350
- Gleich, T., Lorenz, R. C., Gallinat, G., & Kühn, S. (2017). Functional changes in the reward circuit in response to gaming-related cues after training with a commercial video game. *NeuroImage*, *152*, 467-475. doi:10.1016/j.neuroimage.2017.03.032

- Gong, D., He, H., Liu, D., Ma, W., Dong, L., Luo, C., & Yao, D. (2015). Enhanced functional connectivity and increased gray matter volume of insula related to action video game playing. *Scientific Reports*, 5 (9763). doi:10.1038/srep09763
- Gopher, D., Weil, M., & Bareket, T. (1994). Transfer of skill from a computer game trainer to flight. *Human Factors*, 36, 387–405.
- Green, C. S., & Bavelier, D. (2006a). Effect of Action Video Games on the Spatial Distribution of Visuospatial Attention. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception & Performance*, 32(6), 1465-147. doi:10.1037/0096-1523.32.6.1465
- Green, C. S., & Bavelier, D. (2006b). Enumeration versus multiple object tracking: the case of action video game players. *Cognition*, 101(6), 217-245. doi:10.1016/j.cognition.2005.10.004
- Green, C. S., & Bavelier, D. (2007). Action-Video-Game Experience Alters the Spatial Resolution of Vision. *Psychological Science*, 18(1), 88-94. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01853.x.
- Kanaan, S. F., McDowd, J. M., Golgrove, Y., Burns, J. M., Gajewski, B., & Pohl, P. S. (2014). Feasibility and Efficacy of Intensive Cognitive Training in Early-Stage Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 29(2), 150-158. doi:10.1177/1533317513506775
- Kühn, S., Lorenz, R., Mörsen, C., Seiferth, N., Banaschewski, T., & Barbot, A. (2014). Positive association of video game playing with left frontal cortical thickness in adolescents. *Plos One*, 9(3), e91506. doi:10.1371/journal.pone.0091506
- Li, R., Polat, U., Scalzo, F., & Bavelier, D. (2010). Reducing backward masking through action game training. *Journal of Vision*, 10(14), 33. doi:10.1167/10.14.33
- Li, R., Polat, U., Scalzo, F., Makous, W., & Bavelier, D. (2009). Enhancing the contrast sensitive function through action video game training. *Nature: Neuroscience*, 12(5), 549-551. doi:10.1038/nn.2296
- Lumosity (2017). Saiba como funciona o Lumosity. Recuperado de: <<http://www.lumosity.com/>>
- Malloy-Diniz, L. F., Nicolato, R., Moreira, L., & Fuentes, D. (2012). Neuropsicologia das funções executivas. In L., Caixeta & S. B. Ferreira (Eds.), *Manual de neuropsicologia dos princípios à reabilitação* (pp. 93-97). São Paulo, SP: Atheneu.
- Manera, V., Petit, P. D., Derreumaux, A., Orvieto, I., Romagnoli, M., Lyttle, G., . . . Robert, P. H. (2015). Kitchen and cooking, a serious game for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a pilot study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7(24). doi:10.3389/fnagi.2015.00024
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Plos med* 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097.g001.
- National purchase diary (2014). Total industry consumer spending on video games at \$4.6 billion for Q1 2014. Recuperado de <https://www.npd.com/wps/portal/npd/us/news/press-releases/npd-total-industry-consumer-spending-on-video-games-at-4-billion-for-q1-2014/>
- National purchase diary (2015). New report from the NPD Group provides in-depth view of Brazil's gaming population. Recuperado de <https://www.npd.com/wps/portal/npd/us/news/press-releases/2015/new-report-from-the-npd-group-provides-in-depth-view-of-brazils-gaming-population/>
- Nelson, R. A., & Strachan, I. (2009). Action and puzzle video games prime different speed/accuracy tradeoffs. *Perception*, 38, 1678-1687. doi:10.1068/p6324
- Oei, A. C., & Patterson, M. D. (2013). Enhancing cognition with video games: a multiple game training study. *Plos One*, 8(3), e58546. doi:10.1371/journal.pone.0058546.g001
- Optale, G., Urgesi, C., Busato, V., Marin, S., Piron, L., Priftis, K., ... & Bordin, A. (2010). Controlling memory impairment in elderly adults using virtual reality memory training: a randomized controlled pilot study. *Neurorehabilitation and neural repair*, 24(4), 348-357. doi:10.1177/1545968309353328

- Peretz, C., Korczyn, A. D., Shatil, E., Aharonson, V., Birnboim, S., & Giladi, N. (2011). Computer-based, personalized cognitive training versus classical computer games: a randomized double-blind prospective trial of cognitive stimulation. *Neuroepidemiology*, *36*, 91-99. doi:10.1159/000323950
- PlayStation Network (2018). PlayStation Store. Recuperado de <https://store.playstation.com/pt-br/home/games>
- Pompeu, J. E., Mendes, F. A. S., Silva, K. G., Lobo, A. M., Oliveira, T. P., Zomignani, A. P., & Piemonte, E. P. (2012). Effect of Nintendo Wii TM-based motor and cognitive training on activities of daily living in patients with Parkinson's disease: A randomised clinical trial. *Physiotherapy*, *98*(3), 196-204. doi:10.1016/j.physio.2012.06.004
- Ray, N. R., O'Connell, M. A., Nashiro, K., Smith, R. T., Qin, S., & Basak, C. (2017). Evaluating the relationship between white matter integrity, cognition, and varieties of video game learning. *Restorative Neurology and Neuroscience*, *35*, 437-456. doi:10.3233/RNN-160716
- Sanchez, C. A., (2012). Enhancing visuospatial performance through video game training to increase learning in visuospatial science domains. *Psychonomic Bulletin & Review*, *19*, 58-65. doi:10.3758/s13423-011-0177-7
- Sardi, L., Idri, A., & Fernández-Alemán, J. (2017). A Systematic Review of Gamification in e-Health. *Journal of biomedical informatics*, *17*, 30106-5. doi:10.1016/j.jbi.2017.05.011
- Schubert, T., Finke, K., Redel, P., Kluckow, S., Müller, H., & Strobach, T. (2015). Video game experience and its influence on visual attention parameters: An investigation using the framework of the Theory of Visual Attention (TVA). *Acta Psychologica*, *157*, 200-214. doi:10.1016/j.actpsy.2015.03.005
- Souders, D. J., Boot, W. R., Blocker, K., Vitale, T., Roque, N. A., & Charness, N. (2017). Evidence for Narrow Transfer after Short-Term Cognitive Training in Older Adults. *Frontiers in aging neuroscience*, *9*(41). doi:10.3389/fnagi.2017.00041
- Steam (2018). Marcadores populares. Recuperado de http://store.steampowered.com/tag/browse/#global_492
- Sternberg, R. J. (2008). *Psicologia cognitiva*. 4ª edição – Porto Alegre, RS: Artmed.
- Taut, D., Pinteá, S., Roovers, J. W. R., Mananãs, M. A., & Băban, A. (2017). Play seriously: Effectiveness of serious games and their features in motor rehabilitation. A meta-analysis. *Neurorehabilitation, preprint*, 1-14. doi:10.3233/NRE-171462
- Toril, P., Reales, J. M., & Ballesteros, S. (2014). Video game training enhances cognition of older adults: a meta-analytic study. *Psychology and Aging*, *29*(3), 706-716. doi:10.1037/a0037507.
- Uttal, D. H., Meadow, N. G., Tipton, E., Hand, L. L., Alden, A. R., Warren, C., & Newcombe, N. S. (2012). The malleability of spatial skills: a meta-analysis of training studies. *Psychological Bulletin*, *132*(2), 352-402. doi:10.1037/a0028446
- Wang, P., Liu, H. H., Zhu, X. T., Meng, T., Li, H. J., & Zuo, X. N. (2016). Action video game training for healthy adults: a meta-analytic study. *Frontiers in psychology*, *7*(907). doi:10.3389/fpsyg.2016.00907
- Wiloth, S., Lemke, N., Werner, C., & Hauer, K. (2016). Validation of a Computerized, Game-based Assessment Strategy to Measure Training Effects on Motor-Cognitive Functions in People With Dementia. *JMIR Serious Games*, *4*(2), e12. doi:10.2196/games.5696
- Wu, S., Cheng, C. K., Feng, J., D'Angelo, L., Alain, C., & Spence, I. (2012). Playing a first-person shooter video game induces neuroplastic change. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *24*(6), 1286-1293. doi:10.1162/jocn_a_00192

Agradecimientos: Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – código de financiamento 001

Apêndice G

Orientação à dominância social (SDO) e autoritarismo em adolescentes: Uma revisão sistemática

Alejandro José Mena Barrios

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Nicolas de Oliveira Cardoso

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Irani Iracema de Lima Argimon

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Resumo

Recentemente, o estudo do autoritarismo e da orientação à dominância social tem virado foco de diversas pesquisas a nível mundial, devido à importância dessas condutas na vida social e cívica das pessoas. O presente artigo objetivou mapear e investigar a presença dos construtos autoritarismo e SDO em adolescentes e as variáveis comumente associadas a estes construtos por meio de uma revisão sistemática estruturada com base nas diretrizes do modelo *PRISMA*. Dois juízes independentes consultaram as bases de dados Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus, Web of Science, PsycNET e EBSCO. Dos 278 artigos encontrados 12 artigos foram selecionados. A análise dos dados permitiu identificar três categorias: transgeracionalidade, características cognitivas comportamentais, e valores sociopolíticos. Os principais resultados encontrados sugerem que a transmissão do autoritarismo e a dominância social está associada à relação estabelecida pelos pais, a fatores como a inteligência e a personalidade e a participação em atividades cívicas como grupos sociais, religiosos ou esportivos. Além disso, verificou-se a ausência de estudos experimentais e o predomínio de pesquisas com delineamento quantitativo transversal. O estudo salienta a necessidade de aprofundamento sobre o conhecimento da evolução dos valores sociopolíticos e visões sobre o mundo. Assim, a principal contribuição científica e social do estudo é a identificação de posicionamentos políticos em etapas de formação (adolescência).

Palavras-chave: Autoritarismo, Orientação à dominância social, Adolescência, valores sociopolíticos.

Abstract

Recently, the study of authoritarianism and social dominance orientation has become the focus of several researches worldwide, due to the importance of these behaviors in the social and civic life of people. This paper aimed to map and investigate the presence of authoritarianism and social dominance orientation in adolescents through a systematic review, based on the guidelines of *PRISMA* model. Two independent judges consulted the databases Pubmed, Virtual Health Library (VHL), Scopus, Web of Science, PsycNET and EBSCO. Of the 278 articles found, 12 articles were selected. Data analysis allowed to identify three categories: transgenerationality, cognitive and behavioral characteristics, and sociopolitical values. The main results suggest that the transmission of authoritarianism and social dominance orientation is associated with the

relationship established by parents, factors such as intelligence and personality and participation in civic activities such as social, religious or sports groups. In addition, it was verified the absence of experimental studies and the predominance of cross-sectional designs. The study emphasizes the need to deepen knowledge about the evolution of sociopolitical values and visions about the world. Thus, the main scientific and social contribution of the study is the identification of political positions in formative stages (adolescence).

Keywords: Authoritarianism, social dominance orientation, adolescents, sociopolitical values.

Resumen

Recientemente, el estudio del autoritarismo y de la orientación a la dominación social se ha convertido en foco de estudio de diversos investigadores alrededor del mundo, debido a la importancia de esas conductas en la vida social y cívica de las personas. El presente artículo tuvo como objetivo mapear y conocer la producción científica que evidencia la presencia conjunta de dichos constructos específicamente en adolescentes, así como los factores frecuentemente asociados, por medio de una revisión sistemática estructurada con base en las directrices del modelo PRISMA. Dos jueces independientes consultaron las bases de datos Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scopus, Web of Science, PsycNET y EBSCO. De los 278 artículos encontrados 12 artículos fueron seleccionados. El análisis de los resultados permitió identificar tres categorías: transgeneracionalidad, características cognitivo-conductuales y valores sociopolíticos. Los principales resultados encontrados sugieren que la transmisión del autoritarismo y la dominación social está asociada a la relación establecida por los padres, a factores como la inteligencia y la personalidad y la participación en actividades cívicas como grupos sociales, religiosos o deportivos. Además, pudo observarse la ausencia de estudios experimentales y el predominio de investigaciones con delineamiento cuantitativo transversal. El estudio subraya la necesidad de profundizar en el conocimiento de la evolución de los valores sociopolíticos y las distintas visiones sobre el mundo. Así, la principal contribución científica y social del estudio es la identificación de posicionamientos políticos en etapas de formación (adolescencia).

Palabras clave: Autoritarismo, Orientación a la dominación social, Adolescencia, valores sociopolíticos.

Introdução

Um dos debates mais frequentes em torno da conduta humana está relacionado a asseverações de que ela é influenciada e ao mesmo tempo influencia, em alguma medida, a sociedade. Assim, a maioria das interações humanas são influenciadas por hierarquias (e.g. família, escola, trabalho). Nesse sentido, as pessoas comumente desenvolvem uma orientação perante as hierarquias sociais, umas rejeitando a sua natureza desigual e outras defendendo essas diferenças. Contudo, essa hierarquização pode apresentar diversos matizes, algumas vezes raciais, culturais ou de gênero (Pratto, 1999).

Ao mesmo tempo, vários estudos sugerem que esses comportamentos de desigualdade relacionados às diferenças de gênero, assim como as atitudes agressivas, tendem a estar vinculadas a dois constructos frequentemente associados em estudos sobre valores sociopolíticos e traços de personalidade: Orientação à Dominância Social (do inglês *Social Dominance Orientation* - SDO) e o Autoritarismo (do inglês *Right Wing Authoritarianism* - RWA) (Benjamin, 2006; Ekehammar, Akrami, Gylje, & Zakrisson, 2004; Oosterhoff, Shook, Clay, & Metzger, 2017). Nesse sentido, a psicologia do desenvolvimento tem apontado que valores sociopolíticos, como as percepções a respeito da autoridade, cidadania e a riqueza material, tem suas origens na adolescência (Oosterhoff, Ferris & Metzger, 2017; Benson, Roehlkepartain & Rude, 2003).

Porém, existem lacunas na literatura a respeito da gênese desses construtos, mesmo que tenha se argumentado que eles são alcançados no marco da aprendizagem social, através da interação com a família, da influencia da mídia e do contexto educativo. Nessa linha de raciocínio, estudos referem que durante a infância existe maior submissão, conformidade e menor resistência à autoridade. No entanto, durante a adolescência essa conduta é questionada (Altemeyer, 1998; Kandler, Bell, & Riemann, 2016; Marasca, M., Marasca, R., & Imhoff, 2013).

Assim o conceito de SDO diz respeito a maneira com que as pessoas e as sociedades normalizam crenças e mitos que promovem a predominância de um grupo sobre os outros, a fim de legitimar seu poder (Pratto, Sidanius, Stallworth, & Malle, 1994). Alguns autores salientam que a SDO é definida como uma predisposição a aceitação das hierarquias sociais não igualitárias. Assim visivelmente ou não, mantém-se as diferenças na estratificação social promovendo o domínio dos grupos poderosos sob os grupos considerados inferiores (Bleich, 2009; Holt, & Sweitzer, 2018; Petit & Costa, 2011).

Além disso, a SDO descreve comumente as hierarquias sociais perante uma estrutura de três fatores: idade, gênero e diversos tipos de relações sociais (Pratto, Sidanius, & Levin, 2006). Dentre essas diversas relações sociais, salienta-se a construção de hierarquias sociais através da utilização de qualquer variável que permita caracterizar e diferenciar grupos como raça, cor de pele, etnia, cultura, religião, nacionalidade, orientação política ou nível socioeconômico (Pratto et al., 1994).

Do mesmo modo, o autoritarismo é entendido como um dos caminhos que marca a maneira como as pessoas enxergam o mundo, e suas relações interpessoais. As pessoas com altos níveis de autoritarismo percebem o mundo como um lugar perigoso e ameaçador. Eles lidam com esse fato através de seus altos níveis de conformidade social e submissão a figuras de autoridade, respeito pelas hierarquias e promoção de um mundo necessariamente hierarquizado (Altmeyer, 2006; Klann, Wong, & Rydell, 2018). Assim, as pessoas com traços autoritários frequentemente são mais conservadoras, submissas perante a autoridade e apresentam atitudes de rejeição aos grupos externos (Knafo, 2003).

Ainda não se tem clareza ou consenso dos fatores preditores do autoritarismo, porém alguns autores sugerem que pessoas que eram predominantemente temerosas, conflitivas, inseguras, rígidas e ansiosas seriam incapazes de lidar efetivamente com mudanças sociais ou interpessoais como a inovação, a novidade e a diversidade. Portanto, apresentariam maiores níveis de autoritarismo (Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson, & Sanford, 1950).

Nessa perspectiva, alguns estudos têm mostrado uma tendência na diminuição nos níveis de autoritarismo quando os indivíduos participaram em intervenções experimentais para aumentar a autoconfiança (Henry, 2011). Porém, outros estudos salientam que a adoção de traços autoritários não apresenta relação com características pessoais ou individuais, sendo que esses traços estão vinculados principalmente com

medos aprendidos, ameaças coletivas, assim como respeito pela coesão grupal, pelos princípios normativos da sociedade e pela seguridade coletiva (Bilewicz, Soral, Marchlewska, & Winiewski, 2017; Duckitt, 1989).

Nessa lógica, a literatura contemporânea aponta que as atitudes de SDO e autoritarismo são influenciadas tanto pela personalidade quanto por fatores do contexto (Cichocka, Dhont, & Makwana, 2017; Jost, Glaser, Kruglanski, & Sulloway, 2003; Kandler, Bell, & Riemann, 2016). No tocante à personalidade diversos estudos apontam que ambos os construtos se correlacionam com uma baixa abertura a novas experiências e com um alto nível de consciência. No que diz respeito aos fatores do contexto e as atitudes autoritárias, os dados empíricos são robustos e consistentes em mostrar que existe correlação entre essas atitudes e a percepção de ameaça nesse contexto, pessoas que percebem o seu ambiente externo como ameaçador ou perigoso, mostram consistentemente maiores níveis de atitudes autoritárias (Duckitt, 2013; Heaven, Ciarrochi, & Leeson, 2011; Radkiewicz, 2016).

Observa-se assim que, analisar de forma aprofundada a presença de atitudes autoritárias e de SDO na adolescência é de suma importância para compreender como essas condutas evoluem ao longo da vida. Embora existam estudos a respeito desses conceitos, pouco se sabe sobre a maneira que eles se instalam e evoluem a partir da adolescência. Diante disso é necessário salientar que a adolescência é um período crítico de maturação geral, é quando diversas atitudes comportamentais surgem e pavimentam o caminho para os traços de personalidade permanentes na vida adulta (Altmeyer, 1988; Polek, et al. 2018).

Em termos da adoção dos traços autoritários e de alta SDO Adorno et al. (1950) assumem que esses traços são cultivados durante a primeira infância. Especialmente quando esta é caracterizada pelo escasso calor parental e pela presença da punição severa. Este funcionamento familiar pode produzir uma personalidade caracterizada

pela glorificação da autoridade parental e pelo deslocamento, da raiva ocasionada pelos pais, a uma variedade de grupos externos. No entanto, ao mesmo tempo, outros autores consideram a adolescência como a fase formativa crucial, assim as atitudes que são adquiridas durante a adolescência seriam razoavelmente resistentes a mudanças (Heaven, Ciarrochi, & Leeson, 2011).

De acordo com Altemeyer (1998) o autoritarismo e a SDO não fazem parte dos traços de personalidade, eles são conceituados como conjuntos de crenças cognitivas relativamente maleáveis. Assim, múltiplos estudos têm atestado a importância destas dimensões como formadoras primárias das atitudes sociais gerais e das relações intergrupais (Altemeyer, 1998; Duckitt et al., 2002; Polek, et al. 2018).

Desta forma, o objetivo deste estudo é investigar a presença dos construtos autoritarismo e SDO em adolescentes e identificar as variáveis comumente associadas a estes construtos. Assim a principal contribuição do artigo é conhecer como se configura o cenário de pesquisas, uma vez que a literatura apresenta lacunas tanto na identificação precoce quanto da evolução tanto do autoritarismo quanto da dominância social.

Método

A presente revisão sistemática da literatura foi estruturada em acordo com o modelo de PRISMA (*preferred reporting itens for systematic review and meta-analyses*). Este modelo utiliza métodos sistemáticos visando localizar, reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, realizando posterior análise crítica dos estudos selecionados, buscando contribuir para a disseminação do conhecimento, assim como apontar novas direções para estudos empíricos (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009).

Os dados utilizados neste estudo foram coletados através da consulta as bases de dados: *US National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus, *Web of Science* (ISI), *American*

Psychological Association Database (PsycNET) e EBSCO. A chave de descritores utilizada nestas bases foi: (*Authoritarianism* and "*social dominance*" and *adolescents*). Todos os descritores foram consultados no *Thesaurus* da base PsycNET e no *Medical Subject Headings* (MeSH) da base PubMed.

Todas as buscas foram realizadas em setembro de 2018 por dois juízes independentes. Os resultados gerados pelas bases de dados consultadas foram importados para o website do Rayyan (Olofsson et al., 2017). Todas as etapas de seleção, até a inclusão final dos artigos ocorreu neste website. O Rayyan é uma ferramenta de pesquisa similar ao Covidence (2018), desenvolvido com o intuito de auxiliar os pesquisadores a desenvolverem revisões sistemáticas em menor tempo e com maior qualidade. Nos últimos anos, o Rayyan tem ganhado destaque no meio científico, principalmente por ser um instrumento gratuito e de fácil aprendizagem. Além disso, estima-se que o Rayyan seja capaz de reduzir o viés de seleção dos artigos, entre os juízes, em até 40% (Olofsson et al., 2017; Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2016).

Os critérios de inclusão estabelecidos para seleção dos artigos localizados foram: 1) artigos empíricos; 2) que utilizaram as duas variáveis: autoritarismo e dominância social; 3) estudos realizados com adolescentes (11-18 anos). Já os critérios de exclusão foram: 1) estudos que não contemplaram no título ou resumo ao menos uma das palavras-chave consultadas; 2) revisões de literatura, livros, capítulos de livros, testes, dissertações e trabalhos de conclusão de curso. Após a análise inicial dos títulos e resumos dos artigos encontrados, assim como a exclusão dos repetidos, foram excluídos também os estudos que embora contemplassem no título ou resumo as palavras-chave, não se aproximaram do tema da presente revisão.

Resultados

Inicialmente, através da utilização dos descritores pré-estabelecidos, foi localizado um total de 278 artigos em todas as bases de dados. A figura 1 ilustra os passos seguidos durante a seleção dos artigos, com base no *Prisma*, até a inclusão final dos 12 artigos remanescentes.

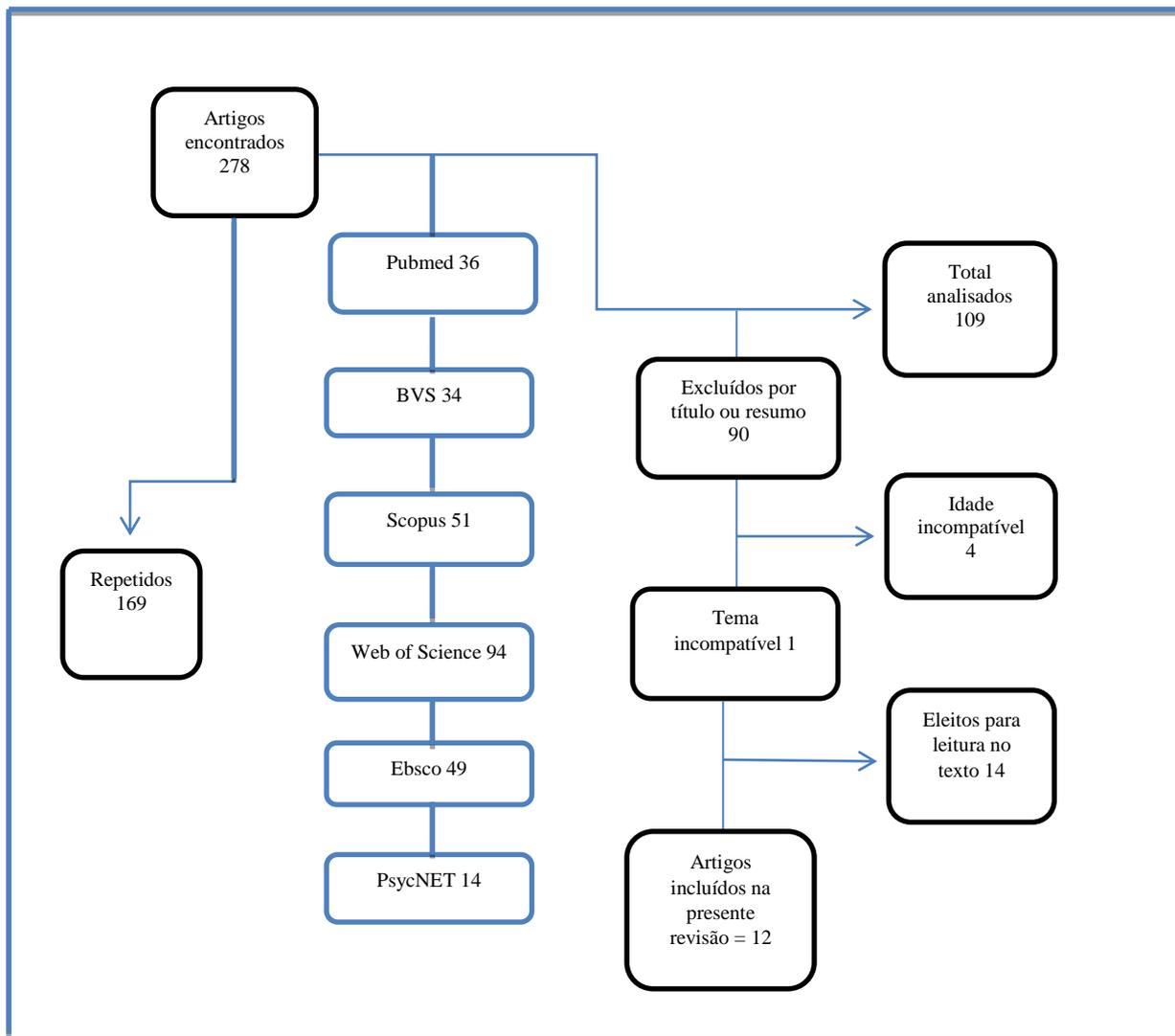


Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos

No Quadro 1 são sintetizados os dados mais relevantes dos artigos incluídos nesta revisão. Esses dados foram utilizados como referência ao longo deste artigo.

Quadro 1 - Principais dados dos artigos incluídos

Referência e país de origem	Delineamento	Objetivos	Resultados
Duriez (2011), Bélgica.	Descritivo (Transversal)	Identificar associações entre estilo de promoção de metas por parte dos pais (Interno vs externo) e SDO e autoritarismo em adolescentes.	A promoção de metas ou objetivos (materiais ou transcendentais) pelos pais estimula principalmente a busca de objetivos externos (materiais), o que os leva a adotar condutas associadas ao autoritarismo e a dominância social.
Oosterhoff, , Shook, Clay, e Metzger, (2017), Estados Unidos.	Descritivo (Transversal)	Identificar associações entre delinquência, SDO e autoritarismo em adolescentes.	Houve associação entre a participação em atos delinquentes e a SDO. Não houve associação com autoritarismo.
Meeusen e Dhont, (2015), Bélgica.	Descritivo (Transversal)	Identificar os componentes gerais e específicos dos preconceitos na relação pai-filho.	Jovens que compartilham mais discussões políticas e sociais com seus pais mostram maiores semelhanças com os pais nos componentes de preconceito e autoritarismo, contudo nesses casos os níveis de prejuízo são menores.
Garaigordobil e Aliri (2013), Espanha.	Descritivo (Transversal)	Analisar a relação entre sexismo e justificação da violência em pais e mães com o autoritarismo e a SDO.	Autoritarismo e SDO se mostraram positivamente correlacionados com o sexismo. A presença de autoritarismo por parte da mãe prediz a justificação da violência contra grupos minoritários.
Duriez e Soenens (2006), Bélgica.	Descritivo (Transversal)	Analisar a relação entre os cinco fatores de personalidade, estilos de identidade e preconceito racial com a predisposição ao prejuízo no autoritarismo e com SDO.	Os fatores de personalidade abertura para novas experiências e agradabilidade se associam com preconceito racial, porém essa associação está mediada pelo autoritarismo e a SDO. Consciência e falta de abertura a novas experiências se associa com autoritarismo.
Heaven, Ciarrochi e Leeson (2011), Austrália.	Descritivo (longitudinal)	Identificar prospectivamente a correlação entre inteligência, autoritarismo e SDO.	Baixos níveis de inteligência geral e verbal predizem a presença do autoritarismo. No entanto que a orientação à dominância social é explicada unicamente por baixos níveis de inteligência verbal.
Bilewicz, Soral, Marchlewska Winiewski (2017), Polônia.	Experimental (Transversal)	Identificar os correlatos de apoio à proibição dos discursos de ódio e prejuízo.	A SDO e o autoritarismo estão correlacionados positivamente com o preconceito para grupos externos. Porém há diferenças na aceitação do discurso de ódio, sendo que ele é aceito pelas pessoas com maiores níveis de orientação à dominância social e rejeitado pelas pessoas com maiores níveis de autoritarismo.
Duriez, Soenens e Vansteenkiste, (2007A), Bélgica.	Descritivo (Transversal)	Analisar as contribuições tanto dos objetivos parentais quanto dos estilos parentais na formação de condutas autoritárias e de orientação à dominância social em adolescentes.	As metas e estilos parentais Predizem o autoritarismo, a SDO é predita apenas pelos objetivos dos pais. Entretanto, em um segundo estudo longitudinal, as mudanças no autoritarismo e na SDO foram preditas apenas pelas metas parentais.

Quadro 1 - Principais dados dos artigos incluídos (continuação)

Referência e país de origem	Delineamento	Objetivos	Resultados
Duriez, Soenens, e Vansteenkiste, (2007B), Bélgica.	Descritivo (Transversal)	Analisar a transmissão transgeracional das atitudes de SDO e do autoritarismo em adolescentes.	Houve associação positiva entre pais e filhos para autoritarismo e SDO.
Oosterhoff, Ferris, Palmer e Metzger (2017A), Estados Unidos.	Descritivo (longitudinal)	Analisar a relação entre a participação cívica na formação de valores sociopolíticos.	Maior envolvimento nas artes e música foram variáveis preditoras de menor espiritualidade e patriotismo. Maior envolvimento na igreja foi preditora de níveis mais altos de espiritualidade e níveis mais baixos de SDO.
Oosterhoff, Ferris, Palmer, e Metzger (2017B), Estados Unidos.	Descritivo (Transversal)	Analisar as origens dos valores sociopolíticos na adolescência, a través da participação em atividades cívicas e religiosas.	Maior envolvimento na igreja e esportes estava relacionado a níveis mais altos de espiritualidade. Envolvimento no esporte foi relacionado com níveis mais altos de materialismo e autoritarismo. No entanto, maior envolvimento em programas de voluntariado predizem menor SDO.
Duriez, e Soenens (2009), Bélgica.	Descritivo (Transversal)	Analisar a transmissão intergeracional do racismo através do autoritarismo e da SDO em adolescentes.	Houve concordância significativa entre pais e filhos adolescentes no racismo e foi observado que essa concordância poderia ser explicada em grande parte pela concordância entre pais e adolescentes em autoritarismo e SDO.

Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito ao delineamento uma acentuada porcentagem de estudos (75%) foi realizada com delineamento descritivo, além disso, 83 % dos estudos adotaram um recorte transversal; apenas 17% dos estudos foram analisados longitudinalmente. Por fim, somente um estudo (8,33%) utilizou delineamento experimental. A figura 2 apresenta os dados do fluxo de publicação nos últimos 12 anos.

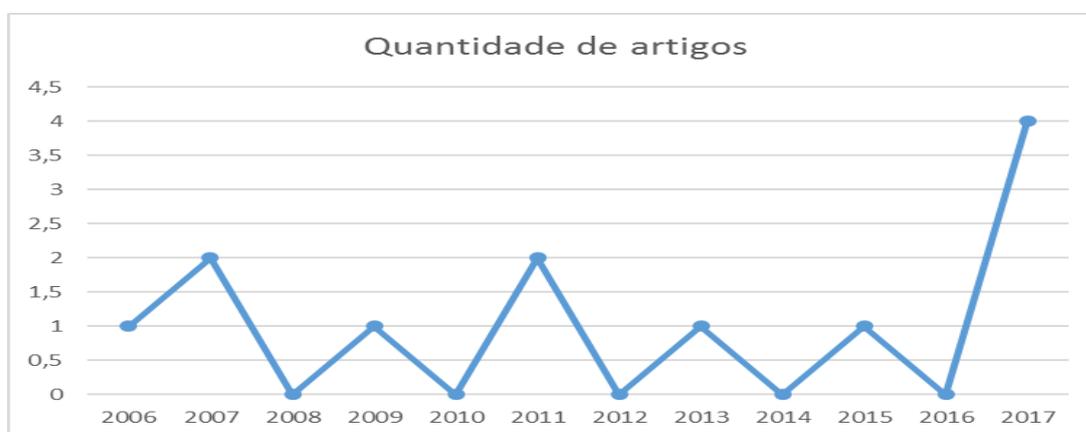


Figura 2 – Número de artigos publicados por ano

Os artigos analisados foram publicados entre 2006 e 2017, porém o número de publicações não adotou um padrão linear e sim um modelo de oscilação evidente, visto que não houve publicações nos anos: 2008, 2010, 2012, 2014, 2016 e, até o momento, em 2018. A figura 2 Destaca o ano 2017 como o ano com maior quantidade de publicações: (33 %) o que sugere crescimento de interesse neste tópico. O Quadro 2 apresenta dados relacionados aos instrumentos utilizados, o nível de confiabilidade e as principais características das amostras participantes nos estudos selecionados.

Quadro 2 – Evidências de consistência interna e amostra.

Instrumento		Alpha de Cronbach		Amostra
Autoritarismo	SDO	Autoritarismo	SDO	
Adaptação do RWA Scale (Duriez, et al, 2007)	Adaptação do SDO Scale (Duriez, et al 2007)	0,71	0,85	397 adolescentes com idade média de 16,47 anos de escolas da região flamenga da Bélgica.
RWA Scale (Altmeyer, 1996)	SDO Scale (Pratto et al., 1994)	0,81	0,77	847 estudantes com idade média de 15,96 anos, de duas escolas nos Estados Unidos.
Adaptação da RWA Scale (Altmeyer, 1996)	Adaptação da SDO Scale (Pratto et al., 1994)	0,60	0,53	1530 estudantes (e seus pais) com idade média de 16,37 anos, na região flamenga na Bélgica.
RWA Scale (Altmeyer, 1996)	SDO Scale (Pratto et al., 1994)	0,85	0,85	1455 adolescentes e seus pais (2867 no total) com idades dentre 11 a 17 anos, na região do país Vasco, Espanha.
RWA Scale (Van Hiel et al., 2004)	SDO Scale (Van Hiel & Duriez, 2002)	0,69	0,87	328 participantes na adolescência tardia (idade média de 18,45 anos), na região flamenga de Bélgica.
RWA Scale (Altmeyer, 1981)	SDO Scale (Sidanius & Pratto, 1999)	0,74	0,92	784 estudantes na primeira avaliação com idade média de 12,30 anos e 375 participantes na segunda avaliação com idade média de 17,0 anos.
RWA Scale (Funke, 2005)	SDO Scale (Pratto et al., 2013)	0,63	0,61	653 participantes com idade média de 17,29 anos em Varsóvia, Polônia.
RWA Scale (Altmeyer, 1981)	SDO Scale (Pratto et al., 1994)	0,71	0,86	956 adolescentes com idade média de 17,60 anos da região flamenga de Bélgica.
RWA Scale (Altmeyer, 1981)	SDO Scale (Pratto et al., 1994)	0,68	0,85	905 estudantes de seis escolas na Bélgica, com idade média de 14,94 anos.

Quadro 2 – Evidências de consistência interna e amostra (continuação)

Instrumento		Alpha de Cronbach		Amostra
Autoritarismo	SDO	Autoritarismo	SDO	
RWA Scale (Altmeyer, 1996)	SDO Scale (Pratto et al., 1994)	0,82 primeira avaliação 0,84 segunda avaliação	0,79 primeira avaliação 0,80 segunda avaliação	299 estudantes de duas escolas (uma rural e outra urbana) nos Estados Unidos com idade média de 15,49 anos.
Adaptação da RWA Scale (Altmeyer, 1996)	SDO Scale (Pratto et al., 1994)	0,81	0,77	846 alunos de escolas nos Estados Unidos com idade média de 15,96 anos.
RWA Scale (Duriez, et al, 2008)	SDO Scale (Duriez, et al 2008)	0,77	0,83	956 Estudantes da região flamenga da Bélgica como idade média de 17,59 anos.

Fonte: Elaboração própria.

A soma total de participantes dos estudos analisados foi de 10.331 com idades entre 11 e 18 anos. Os adolescentes eram oriundos de países como Bélgica, Estados Unidos, Espanha, Polônia e Austrália. Sendo que 50% dos estudos foram desenvolvidos na Bélgica e 25% nos Estados Unidos. No que concerne aos instrumentos de coleta para avaliar os construtos Autoritarismo e SDO, percebeu-se poucas diferenças visto que a maioria dos estudos utilizaram as escalas (ou adaptações delas) *RWA Scale* (Altmeyer, 1981) e a *SDO Scale* (Pratto et al., 1994). Esse dado é interessante uma vez que parece existir pouca mudança nos instrumentos mesmo que existam divergências teóricas ao redor de ambos os construtos. Por outro lado 100%, dos estudos apresentaram dados de fidedignidade dos instrumentos, a média do Alpha de *Cronbach* para as escalas de Autoritarismo foi de 0,74, e de 0,79 para as escalas de Dominância social.

De acordo com os dados encontrados, parece existir um incremento nas publicações que aparentam acompanhar a construção de atitudes vinculadas às condutas de participação social, principalmente durante à adolescência e o início da vida adulta. Assim fica evidente que é durante os anos de formação que muitas das atitudes absorvidas ao longo da vida começam a ser expressas no contexto social. Com base nos 12 estudos selecionados e levando em conta os objetivos, as variáveis incluídas, os

resultados e as amostras escolhidas, observaram-se padrões de publicações que foram agrupados nas seguintes categorias:

Transgeracionalidade

Um percentual considerável das pesquisas incluídas nesta revisão (50%) utilizaram elementos que salientam a presença do autoritarismo e da SDO (em conjunto com outras variáveis) como um processo transmitido pela família, principalmente através das relações estabelecidas pelos pais. Fazem parte dessa categoria estudos que incluem variáveis como a promoção de objetivos e metas por parte dos pais, formação do preconceito, sexismo e racismo. Os resultados indicam que a promoção de objetivos e metas extrínsecas dos pais, como o sucesso material, o reconhecimento e o status social, estão fortemente associados à formação de comportamentos autoritários e de dominância social (Dueriez, 2011; Duriez & Soenens, 2009; Duriez, Soenens & Vansteenkiste, 2007A; Duriez, Soenens & Vansteenkiste, 2007B; Garaigordobil & Aliri, 2013; Meeusen, & Dhont, 2015).

Além disso, os estudos que analisaram a contribuição do sexismo e racismo salientam duas vertentes: quanto mais frequentes as discussões em casa a respeito da realidade sociopolítica, menores chances de desenvolver condutas autoritárias e de dominância social. Em contraposição quanto maior a presença de traços autoritários dos pais e das mães, maiores as chances no desenvolvimento dessas condutas (Meeusen & Dhont, 2015; Garaigordobil & Aliri, 2013; Duriez & Soenens, 2009; Duriez, Soenens & Vansteenkiste, 2007).

Caraterísticas cognitivo-comportamentais

Em relação às caraterísticas cognitivas e comportamentais 17% dos artigos encontrados nas bases de dados avaliaram construtos vinculados a processos cognitivos e dimensões subjetivas como a inteligência e a personalidade. A respeito da inteligência as principais constatações dos trabalhos salientam que o construto autoritarismo está

associado com menores níveis de inteligência verbal e geral. No entanto, a SDO está associada unicamente a baixos níveis de inteligência verbal (Duriez & Bart, 2006; Heaven, Ciarrochi & Leeson, 2011).

Nesse sentido, adolescentes com habilidades verbais inferiores são mais propensos a adotar posições autoritárias e de dominância social. Em relação à personalidade, constatou-se que o autoritarismo está associado à atitudes submissas e é caracterizado por uma baixa abertura à experiência e alta conscienciosidade. No entanto, a dominância social é caracterizada pela baixa abertura à experiência e baixa Amabilidade. Já o autoritarismo e a SDO em conjunto são variáveis preditoras do racismo (Duriez & Bart, 2006; Heaven, Ciarrochi, & Leeson, 2011).

Valores sociopolíticos

Vale salientar que outra das características evidenciadas nas publicações, refere-se às condutas vinculadas aos valores sociopolíticos. Conforme evidenciado na presente revisão, em 25% das publicações selecionadas, esses valores são orientados à diáde proibição-aprovação do discurso de ódio e a participação em movimentos cívicos ou religiosos (Bilewicz, Soral, Marchlewska & Winiewski 2017; Oosterhoff, Ferris, Palmer & Metzger, 2017A; Oosterhoff, Ferris, Palmer & Metzger, 2017B). Apenas um dos estudos apresentou resultados a respeito da proibição ou aceitação do discurso de ódio, identificando que tanto o autoritarismo quanto a dominância social eram fatores que predizem ou regulam o discurso de ódio. Porém, existem diferenças entre os desfechos de ambos os construtos, levando em conta que o autoritarismo aparece associado à proibição, enquanto a SDO aparece associada a não proibição da expressão do discurso de ódio (Bilewicz, Soral, Marchlewska, & Winiewski, 2017).

As análises dos artigos selecionados revelaram que no que tange as atividades comunitárias, religiosas ou esportivas os adolescentes com maior participação em esportes mostraram maiores níveis de autoritarismo, ao passo que jovens realizavam

atividades artísticas e voluntariado mostraram menores níveis de dominância social (Oosterhoff, Ferris, & Metzger, 2017A; Oosterhoff, Ferris, & Metzger, 2017B).

Discussão

Comumente, as relações sociais nas quais nasce o autoritarismo e a SDO são relacionamentos permeados por uma tendência à imposição de poder, isso acontece tanto a nível interpessoal quanto intragrupal e intergrupar. Cabe salientar que na presente revisão tanto o autoritarismo quanto a SDO fazem parte apenas de um recorte vinculado às condutas próprias da visão do mundo e mesmo que elas apareçam frequentemente associadas na literatura, existem outras variáveis que poderiam potencialmente ampliar a compreensão do processo de aquisição de condutas hostis.

Como esperado, houve poucos estudos que mediram os dois construtos em adolescentes, embora a literatura seja abundante em estudos que medem essas variáveis em adultos. Um maior conhecimento nesse sentido permitiria identificar como essas condutas evoluem no espaço e no tempo, analisando desde sua constituição até sua evolução e definição para a vida adulta (Marasca, M., Marasca, R. & Imhoff, 2013; Terrizzi, Shook, & McDaniel, 2013).

Nesse sentido, a diversidade de construtos analisados em conjunto com o autoritarismo e a SDO parece uma tendência, porém foi possível categorizar essa diversidade em três grandes categorias (Transgeracionalidade, Características Cognitivo-Comportamentais e Valores Sociopolíticos). De tal modo, mesmo com a complexidade dos construtos e da dificuldade para categorizar as principais variáveis determinantes neles (Duriez, Soenens, & Vansteenkiste, 2007; Oosterhoff, Ferris, & Metzger, 2017), na presente revisão foi possível identificar variáveis como: estilos parentais, promoção de objetivos por parte dos pais (Duriez, Soenens, e Vansteenkiste, 2007; Duriez, 2011), sexismo e violência (Garaigordobil & Aliri, 2013), personalidade (Duriez & Soenens, 2006), inteligência (Heaven, Ciarrochi, & Leeson, 2011),

preconceito (Meeusen & Dhont, 2015), valores de defesa e proibição aos discursos de ódio, dentre outros (Bilewicz, Soral, Marchlewska, & Winiewski, 2017).

A diversidade de construtos analisados ilustra que, embora haja um interesse marcante em conhecer ambos os fenômenos, ainda são difíceis de definir ambos os construtos dentro de uma ou outra abordagem teórica. A respeito da construção das características cognitivo comportamentais, ao longo da presente revisão foi possível identificar que ambos os construtos foram conjuntamente associados com características cognitivo comportamentais como a personalidade e a inteligência. Tanto a inteligência quanto a personalidade dizem respeito a como as pessoas pensam, interpretam e compreendem o mundo (Oliveira, Santos, & Inácio, 2018; Sternberg, 2000).

Também, a respeito da personalidade Duriez e Soenens (2006), indicaram que tanto o autoritarismo como a SDO formam parte de um conglomerado de atitudes vinculadas com o tipo de visão do mundo das pessoas. Segundo eles, particularmente o autoritarismo se mostrou negativamente associado com o fator de personalidade abertura à novas experiências e positivamente com o fator conscienciosidade. Isso poderia potencialmente explicar a tendência a mostrar uma visão conservadora do mundo em conjunto com uma alta exigência pelo respeito das normas estabelecidas (Altmeyer, 2006; Duckitt & Sibley, 2010). No entanto a SDO foi associada negativamente com abertura a novas experiências e com baixa agradabilidade (e.g. compaixão e cooperação) (Duckitt & Sibley, 2016; Duriez, & Soenens, 2006).

Nesse sentido os autores foram pioneiros ao indicar que, enquanto o autoritarismo encontra suas raízes na conformidade social, na simplificação cognitiva e na preservação de valores, a SDO tem suas bases na rigidez cognitiva, a falta de empatia e nos valores de auto aperfeiçoamento. Os autores de ambos os estudos destacam e concordam que, embora a personalidade seja um elemento importante para compreender

as raízes do autoritarismo e da dominância social, ela explica apenas parcialmente sua presença (Duckitt & Sibley, 2016; Duriez & Soenens, 2006).

Além disso, foi possível verificar que as variáveis analisadas na presente revisão foram associadas ao tipo de vínculo dos pais com seus filhos e aos valores morais transmitidos em casa (Duriez, Soenens, & Vansteenkiste, 2007; Oosterhoff, Ferris, Palmer, & Metzger, 2016). Por exemplo, um estudo menciona que, embora haja abundante literatura sobre a transmissão de valores de pais para filhos, não há clareza sobre como esses valores são transmitidos, ou seja, não se tem clareza se esses valores são intrínsecos, como o respeito ou empatia, ou extrínsecos como o sucesso e as conquistas pessoais (Duriez, 2011). As implicações desses resultados são relevantes uma vez que se observa a necessidade de novos estudos que visem conhecer como o autoritarismo e a SDO interagem com outras variáveis e também as causas dessas condutas.

Igualmente, foram identificados diferentes tipos de padrões comportamentais e interacionais aprendidos com os pais ou figuras parentais (Duriez, Soenens, & Vansteenkiste, 2007; Oosterhoff, Ferris, Palmer, & Metzger, 2016; Meeusen & Dhont, 2015). Por exemplo, foi identificado que os estilos parentais não mostraram incidência no autoritarismo nem na SDO em longo prazo, porém as mudanças no autoritarismo e na SDO se mostraram principalmente vinculadas com as expectativas e metas impostas pelos pais. Esses dados devem ser analisados com cautela levando em conta a importância dos estilos parentais na aquisição de condutas na adolescência (Duriez, Soenens, & Vansteenkiste, 2007). A respeito das expectativas e dos valores de sucesso, eles fazem parte de uma dimensão que compreende valores referentes à autotranscendência como o universalismo e benevolência, como oposição aos valores de auto aperfeiçoamento como o poder e o sucesso (Schwartz, 1992). Assim, os valores de sucesso e poder, parecem estar moderadamente vinculados ao autoritarismo e

fortemente associados ao construto SDO (Leone, Livi, & Chirumbolo, 2016; Livi, Leone, Falgares, & Lombardo, 2014).

Estes resultados são consistentes com os achados de Feather e McKee (2012), que em um estudo na Austrália descobriram que os valores de sucesso estavam altamente correlacionados com o preconceito de gênero, enquanto os valores benevolentes como a compaixão e a empatia estavam negativamente associados. Esses dados nos permitem inferir que, embora os valores sejam geralmente considerados como aspectos positivos, nem todos têm os mesmos resultados ao longo prazo e, além disso, sua internalização será mediada tanto pelo exemplo quanto pelo vínculo com os pais. Essa compreensão vai ao encontro da ideia de que, o clima de afeto na família é um importante preditor na presença de traços autoritários e de alta SDO, porém as expectativas dos pais parecem exibir maior poder preditivo nesses traços (Duriez & Soenens, 2009; Meeusen & Dhont, 2015).

No tocante aos valores, quase a metade dos estudos analisados (42%) avaliaram ambos os construtos em conjunto com algum valor sociopolítico como a proibição ou aceitação do discurso de ódio e do racismo e a participação cívica, dentre outros. Portanto, a promoção ou limitação desses valores parece estar associada com a presença de traços autoritários ou de dominância social. Assim, o autoritarismo e a SDO mostraram comportamentos desiguais no apoio ao discurso de ódio. Por exemplo, o autoritarismo foi negativamente associado à promoção do discurso do ódio, enquanto o SDO o fez positivamente (Bilewicz, Soral, Marchlewska, & Winiewski, 2017).

Essa diferença em ambos os construtos parece estar de acordo com a literatura, uma vez que embora ambos os construtos compartilhem características semelhantes, neste caso a SDO foi associada a comportamentos típicos de discursos de exclusão e rejeição enquanto o autoritarismo não. Salienta-se a importância da pesquisa em ambos os construtos e dos valores sociopolíticos, uma vez que existe consenso no sentido de

que é durante o período da adolescência que os jovens fixam as posturas a respeito de valores como família, autoridade, desigualdade, poder, pátria ou religião (Adorno, Frenkel-Brunswick, Levinson, & Sanford, 1950; Altmeyer, 1998; Benson, Roehlkepartain, & Rude, 2003; Caricati, 2007).

No que diz respeito ao desenvolvimento e adaptação de instrumentos, percebe-se pouco interesse por parte dos pesquisadores na construção de novos instrumentos relacionados aos construtos avaliados, levando em consideração que todas as pesquisas utilizaram adaptações dos instrumentos originais. Esse dado parece contradizer no fluxo de produção científica vinculada aos construtos analisados, uma vez que a validação de instrumentos mais recente é do ano 2013, no entanto o padrão de produção é constante nos últimos doze anos (Bilewicz, Soral, Marchlewska, & Winiewski 2017; Duriez 2011; Duriez & Soenens, 2009; Duriez & Soenens 2006; Duriez, Soenens, & Vansteenkiste, 2007; Garaigordobil, & Aliri, 2013; Heaven, Ciarrochi, & Leeson, 2011; Meeusen & Dhont, 2015; Oosterhoff, Ferris, Palmer, & Metzger, 2017; Oosterhoff, Shook, Clay, & Metzger, 2017).

No entanto, algumas limitações devem ser consideradas na apresentação dos resultados da presente revisão. A primeira é a falta de estudos realizados por pesquisadores pertencentes ao contexto latino-americano, reflexo do caráter ainda pouco conhecido no contexto acadêmico. Deste modo, a falta de estudos impediu a realização de análises mais abrangentes sobre as temáticas associadas.

Outra das limitações do nosso artigo é fato de terem sido utilizadas bases de dados que privilegiam estudos realizados em inglês e por tanto predominantemente associados ao contexto ocidental, deixando de fora potenciais estudos realizados em outras realidades. Acredita-se que um dos grandes desafios, no tocante às futuras pesquisas, a respeito do autoritarismo e da SDO é a necessidade de aprofundamento nas suas causas, ao invés das suas consequências. Também, à luz da literatura disponível,

percebe-se a falta de artigos randomizados e experimentais. Isso ressalta a importância de aumentar o rigor metodológico a respeito de ambos os construtos. Mesmo que estudos descritivos sem grupo controle e não experimentais façam parte também dos avanços em termos de popularização e progresso no conhecimento científico.

Por último, corroborando com Oosterhoff, Ferris, Palmer, e Metzger (2017) foi também evidenciado, nesta revisão, a presença de poucos estudos que possibilitem a compreensão de ambos os construtos a partir de uma perspectiva que ultrapasse as características individuais e da família. Considerando que a literatura científica até hoje apresenta pouca presença de aspectos próprios do contato coletivo, das experiências relacionais e até da influência das experiências no contexto educativo. Nesse sentido, torna-se importante estudar variáveis frequentemente associadas ao autoritarismo e a SDO, mas que ainda não foram estudadas na adolescência como a visão social do mundo. Visto que o mundo é considerado perigoso do ponto de vista do autoritarismo e a vida é uma selva competitiva na visão da SDO. Além disso, fatores genéticos e ambientais, indignação moral, raiva, preconceito generalizado e estigma psiquiátrico, também são fatores os quais devem ser analisados (Cantal, Milfont, Wilson, & Gouveia, 2015; Kandler, Bell, & Riemann, 2016; Kandler, Lewis, Feldhaus, & Riemann, 2015; Kvaale & Haslam, 2016; Perry, Sibley, & Duckitt, 2013).

Considerações finais

Esta revisão investigou a presença dos construtos autoritarismo e SDO em adolescentes e as variáveis comumente associadas a estes construtos. Evidenciou-se que a produção científica, neste campo de estudo, está fortemente concentrada em poucos autores com várias publicações e localizados geograficamente em poucos países, considerando que 75% dos estudos se concentraram em dois países (Bélgica e Estados Unidos). Sendo assim, salienta-se a importância de novos estudos que possam ser realizados visando identificar a evolução e consolidação de condutas associadas à visão

do mundo como o autoritarismo e a SDO os quais possuem influência tanto no cotidiano, quanto nas ações e motivações sociopolíticas das pessoas.

Em termos de perspectivas teóricas, um dos objetivos do estudo foi identificar as duas variáveis em conjunto (Autoritarismo e SDO), nesse sentido não houve estudos que analisassem a interação entre elas isoladamente. Sendo que foi possível identificá-las sempre ao lado de outras variáveis como promoção de objetivos, estilos parentais e inteligência. Esses dados permitem inferir que ambos os construtos representam apenas uma parte de construções mais amplas, como ideologia, motivações sociopolíticas, visão do mundo ou personalidade e caráter. Assim, pode-se deduzir que os pesquisadores buscam incrementar evidências de veracidade das teorias que sustentam os construtos analisados na presente pesquisa.

Cabe ressaltar que além das variáveis vinculadas ao autoritarismo e à SDO na presente revisão existem muitas outras que ainda não foram analisadas em amostras compostas por adolescentes. Nesse sentido, a presente revisão amplia o corpo de literatura a respeito das variáveis pesquisadas, e ao mesmo tempo ressalta as lacunas existentes no estudo de condutas relacionadas ao comportamento e motivações sociopolíticas em adolescentes. Portanto, salienta-se a importância de os autores proporcionarem maiores informações a respeito não só de como eles interagem com outras variáveis, mas também de quais os fatores que geram a presença deles.

Os resultados da presente revisão podem ser úteis para pesquisadores que procuram informações gerais sobre o tema. Sendo assim, ressalta-se a importância da realização de novos estudos, sobretudo empíricos, longitudinais e com população brasileira, que foquem na presença e evolução dos construtos analisados, suas causas, consequências e como eles interagem com outras variáveis com o intuito de providenciar uma visão completa dos valores sociopolíticos e sua influência na visão do mundo.

Agradecimentos

Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – código de financiamento 001

Referências

- Adorno, T., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D., & Sanford, N. (1950). *The authoritarian personality*. New York, NY: Harper. Recuperado em: <http://www.ajcarchives.org/main.php?GroupingId=6490>
- Altemeyer, B. (1998). The “other” authoritarian. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 30, 47–92. San Diego: Academic Press.
- Altemeyer, B. (2006). *The Authoritarians*. Winnipeg: University of Manitoba Press.
- Benjamin Jr., A. J. (2006). The Relationship between Right-Wing Authoritarianism and Attitudes toward Violence: Further Validation of the Attitudes toward Violence Scale. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 34(8), 923–925. doi: 10.2224/sbp.2006.34.8.923
- Benson, P. L., Roehlkepartain, E. C., & Rude, S. P. (2003). Spiritual development in childhood and adolescence: Toward a field of inquiry. *Applied developmental science*, 7(3), 205-213. doi: 10.1207/S1532480XADS0703_12
- Bilewicz, M., Soral, W., Marchlewska, M., & Winiewski, M. (2017). When Authoritarians Confront Prejudice. Differential Effects of SDO and RWA on Support for Hate Speech Prohibition. *Political Psychology*, 38(1), 87-99. doi: 10.1111/pops.12313
- Bleich, E. (2009). Where do Muslims stand on ethno-racial hierarchies in Britain and France? Evidence from public opinion surveys, 1998-2008. *Patterns of Prejudice*, 43, 379-400. doi: 10.1080/00313220903109326

- Cantal, C., Milfont, T. L., Wilson, M. S., & Gouveia, V. V. (2015). Differential Effects of Right-Wing Authoritarianism and Social Dominance Orientation on Dimensions of Generalized Prejudice in Brazil. *European Journal of Personality, 29*(1), 17–27. <https://doi.org/10.1002/per.1978>
- Caricati, L. (2007). The Relationship between Social Dominance Orientation and Gender: The Mediating Role of Social Values. *Sex Roles, 57*(4), 159–171. doi: 10.1007/s11199-007-9231-3
- Cohrs, J. C., Moschner, B., Maes, J., & Kielmann, S. (2005). The motivational bases of right-wing authoritarianism and social dominance orientation: relations to values and attitudes in the aftermath of September 11, 2001. *Personality & Social Psychology Bulletin, 31*(10), 1425–1434. doi: 10.1177/0146167205275614
- Cichocka, A., Dhont, K., & Makwana, A. P. (2017). On Self Love and Outgroup Hate: Opposite Effects of Narcissism on Prejudice via Social Dominance Orientation and Right Wing Authoritarianism. *European journal of personality, 31*(4), 366-384. doi: 10.1002/per.2114
- De Oliveira, W. A., da Silva, J. L., Yoshinaga, A. C. M., & Silva, M. A. I. (2015). Interfaces entre família e bullying escolar: uma revisão sistemática. *Psico-USF, 20*(1), 121-132. Recuperado em: <http://www.redalyc.org/pdf/4010/401041438012.pdf>
- Duriez, B., Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2007). In search of the antecedents of adolescent authoritarianism: the relative contribution of parental goal promotion and parenting style dimensions. *European Journal Of Personality, 21*(4), 507-527. doi: 10.1002/per.623
- Duckitt, J., & Sibley, C. G. (2016). Personality, Ideological Attitudes, and Group Identity as Predictors of Political Behavior in Majority and Minority Ethnic Groups. *Political Psychology, 37*(1), 109–124. doi: 10.1111/pops.12222

- Duckitt, J., & Sibley, C. G. (2010). Personality, ideology, prejudice, and politics: a dual-process motivational model. *Journal Of Personality*, 78(6), 1861-1893. doi: 10.1111/j.1467-6494.2010.00672.x
- Duckitt, J. (1989). Authoritarianism and group identification: A new view of an old construct. *Political Psychology*, 10, 63–84. doi: 10.2307/3791588
- Duckitt, J., Wagner, C., du Plessis, I., & Birum, I. (2002). The psychological bases of ideology and prejudice: Testing a dual process model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 75–93. doi: 10.1037/0022-3514.83.1.75
- Feather, N. T., & McKee, I. R. (2012). Values, right wing authoritarianism, social dominance orientation, and ambivalent attitudes toward women. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(10), 2479-2504. doi: 10.1111/j.1559-1816.2012.00950.x
- Garcia, J. J., Pillon, S. C., & Santos, M. A. D. (2011). Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe), 753-761. Recuperado em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3148/art_PILLON_Relacoes_entre_contexto_familiar_e_uso_de_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Heaven, P. C., Ciarrochi, J., & Leeson, P. (2011). Cognitive ability, right-wing authoritarianism, and social dominance orientation: A five-year longitudinal study amongst adolescents. *Intelligence*, 39(1), 15-21. doi: 10.1016/j.intell.2010.12.001
- Henry, P. (2011). The role of stigma in understanding ethnicity differences in authoritarianism. *Political Psychology*, 32, 419–438. doi: 10.1111/j.1467-9221.2010.00816.x

- Holt, L. F., & Sweitzer, M. D. (2018). More than a black and white issue: ethnic identity, social dominance orientation, and support for the black lives matter movement. *Self and Identity*, 1-16. doi: 10.1080/15298868.2018.1524788
- Jost, J. T., Glaser, J., Kruglanski, A. W., & Sulloway, F. J. (2003). Political conservatism as motivated social cognition. *Psychological bulletin*, 129(3), 339. doi: 10.1037/0033-2909.129.3.339
- Kandler, C., Bell, E., & Riemann, R. (2016). The structure and sources of right-wing authoritarianism and social dominance orientation. *European Journal of Personality*, 30(4), 406-420. doi: 10.1002/per.2061
- Kandler, C., Lewis, G., Feldhaus, L., & Riemann, R. (2015). The Genetic and Environmental Roots of Variance in Negativity toward Foreign Nationals. *Behavior Genetics*, 45(2), 181–199. doi: 10.1007/s1051
- Klann, E. M., Wong, Y. J., & Rydell, R. J. (2018). Firm father figures: A moderated mediation model of Perceived authoritarianism and the intergenerational transmission of gender messages from fathers to sons. *Journal of counseling psychology*, 65(4), 500-511. doi: 10.1037/cou0000296
- Knafo, A. (2003). Authoritarians, the next generation: Values and bullying among adolescent children of authoritarian fathers. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 3(1), 1-6. doi: 10.1111/j.1530-2415.2003.00026.x
- Kvaale, E. P., & Haslam, N. (2016). Motivational orientations and psychiatric stigma: Social motives influence how causal explanations relate to stigmatizing attitudes. *Personality & Individual Differences*, 89, 111–116. doi: 10.1016/j.paid.2015.09.044
- Leone, L., Livi, S., & Chirumbolo, A. (2016). Political involvement moderates the impact of worldviews and values on SDO and RWA. *European Journal of Social Psychology*, 46(4), 418–427. doi: 10.1002/ejsp.2170

- Livi, S., Leone, L., Falgares, G., & Lombardo, F. (2014). Values, ideological attitudes and patriotism. *Personality & Individual Differences, 64*, 141–146. doi: 10.1016/j.paid.2014.02.040
- Marasca, M. M., Marasca, R., & Imhoff, D. (2013). Indagación del autoritarismo en la infancia: Vinculaciones con la orientación de dominancia social y los valores en niños y niñas de la ciudad de Córdoba (Argentina). *Interdisciplinaria, 30*(1), 139-161. Recuperado em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272013000100008&lng=es&tlng=es
- Oliveira, K. L. D., Santos, A. A. A. D., & Inácio, A. L. M. (2018). Tradução, adaptação e evidências de validade do thinking styles inventory-revised II (Tsi-R2) no Brasil. *Avaliação Psicológica, 17*(1), 121-130. doi: 10.15689/ap.2017.1701.12.13461
- Oosterhoff, B., Ferris, K. A., & Metzger, A. (2017). Adolescents' sociopolitical values in the context of organized activity involvement. *Youth & Society, 49*(7), 947-967. doi: 10.1177/0044118X14560528
- Oosterhoff, B., Shook, N. J., Clay, R., & Metzger, A. (2017). Differential and domain-specific associations among right-wing authoritarianism, social dominance orientation, and adolescent delinquency. *Personality and social psychology bulletin, 43*(9), 1296-1310. doi: 10.1177/0146167217711937
- Perry, R., Sibley, C. G., & Duckitt, J. (2013). Dangerous and competitive worldviews: A meta-analysis of their associations with social dominance orientation and right-wing authoritarianism. *Journal of Research in Personality, 47*(1), 116-127. doi: 10.1016/j.jrp.2012.10.004
- Petit, L. & Costa, G.L. (2011). Dominancia social: El género como jerarquía social [Social dominance: The gender as social hierarchy]. *Hologramática, 3*(14), 71-

83. Recuperado em:

http://redmarka.net/ra/usr/3/611/hologramatica_n14_v3pp71_83.pdf

Polek, E., Jones, P. B., Fearon, P., Brodbeck, J., Moutoussis, M., Dolan, R., & ...

Goodyer, I. M. (2018). Personality dimensions emerging during adolescence and young adulthood are underpinned by a single latent trait indexing impairment in social functioning. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-8. doi: 10.1186/s12888-018-1595-0

Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, B.F. (1994). Social Dominance Orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741-743. doi: 10.1037//0022-3514.67.4.741

Radkiewicz, P. (2016). Another look at the duality of the dual-process motivational model. On the role of axiological and moral origins of right-wing authoritarianism and social dominance orientation. *Personality and Individual Differences*, 99, 106-112. doi: 10.1016/j.paid.2016.04.080

Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1-65. doi: 10.1016/S0065-2601(08)60281-6

Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Terrizzi Jr, J. A., Shook, N. J., & McDaniel, M. A. (2013). The behavioral immune system and social conservatism: A meta-analysis. *Evolution and Human Behavior*, 34(2), 99-108. doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2012.10.003

ANEXOS

Anexo A

Parecerer Consubstanciado do CEP (PUCRS)

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: THE STIGMA SCALE: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Pesquisador: Irani Iracema de Lima Argimon

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97186918.4.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.925.779

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa consiste em um estudo de Mestrado na área da Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e está vinculado ao Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital (AICV), coordenado pela Prof.^a Dr. Irani Iracema de Lima Argimon. Este projeto apresenta uma proposta metodológica de adaptação transcultural e validação da The Stigma Scale para o português brasileiro.

Para realização da adaptação transcultural, será utilizada abordagem mista, conforme sugerido por diretrizes internacionais de adaptação de instrumentos na área da saúde. Na etapa de validação será utilizada uma proposta de investigação transversal, com abordagem quantitativa para obtenção das evidências de validade do instrumento.

Esse projeto de mestrado está integrado na linha de pesquisa "adaptação, construção e validação de instrumentos" do grupo AICV.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar a adaptação transcultural e obter evidências de validade da The Stigma Scale em português brasileiro.

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.925.779

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O instrumento avalia auto percepção sobre doença mental e penso que pode mobilizar os participantes. A coleta online não sei se garante que caso sejam identificados sintomas, os participantes busquem atendimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto está muito bem apresentado, possui adequada fundamentação teórica e os documentos necessários. No tocante a questões éticas, refere a Resolução 510, riscos de mal estar e encaminhamentos para atendimento dos participantes em caso de necessidade. Linguagem do TCLE e do termo online são claras, há telefones para contato.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos estão presentes. Linguagem do TCLE e do termo online são claras, há telefones para contato.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências, aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções CNS n° 466 de 2012, n° 510 de 2016 e Norma Operacional n° 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1207753.pdf	28/08/2018 09:49:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Documento_Unificado_Projeto_Pesquisa_Sipesq.pdf	28/08/2018 09:15:31	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	Carta_Aprovacao_Comissao_Cientifica_1534845493273.pdf	28/08/2018 09:13:44	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	descricao_equipe.pdf	27/08/2018 14:02:08	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	ata.pdf	27/08/2018 13:58:30	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	carta_responsabilidade.pdf	27/08/2018 13:55:53	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	carta_autorizacao_coleta.pdf	27/08/2018	Irani Iracema de	Aceito

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puocrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 2.925.779

Outros	carta_autorizacao_coleta.pdf	13:54:42	Lima Argimon	Aceito
Outros	carta_apresentacao.pdf	27/08/2018 13:52:58	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	Modelo_Registro_Consentimento_Estud os_Online.pdf	27/08/2018 13:49:29	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	27/08/2018 13:46:07	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	27/08/2018 13:11:56	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Outros	autorizacao_encaminhamento_participa ntes.pdf	27/08/2018 13:11:11	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	27/08/2018 13:04:47	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	27/08/2018 12:51:34	Irani Iracema de Lima Argimon	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Setembro de 2018

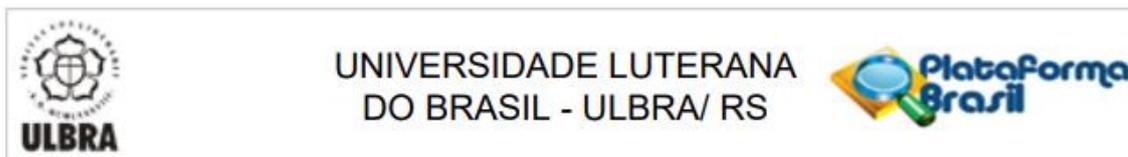
Assinado por:

Paulo Vinicius Sporleder de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puccrs.br

Anexo B

Parecerer Consubstanciado do CEP (ULBRA/Canoas)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vulnerabilidade, violência, religião, preconceito, diferença de gênero e saúde mental em pacientes hospitalares

Pesquisador: Breno Sanvicente Vieira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70815317.0.0000.5349

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL-COMUNIDADE EVANGELICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.254.781

Apresentação do Projeto:

Transtornos Mentais são associados a uma série de prejuízos biopsicossociais, além de possuir expectativa de vida destes cerca de 10 anos inferior a média. As principais causas de mortalidade são naturais, indicando que portadores de tais doenças são assíduos frequentadores de serviços hospitalares. Entretanto, poucas vezes pacientes hospitalares são esclarecidos sobre comorbidades no campo da saúde mental. As relações e os impactos de não destacar tais comorbidades também são pouco conhecidos e explorados, principalmente no que diz respeito aos custos associados com os transtornos mentais no tratamento de outras condições médicas. Este trabalho busca traçar o perfil de prevalência de transtornos mentais em adultos em serviços de internação clínica e atendimento ambulatorial em hospital de cidade do sul do Brasil e investigar diferenças nos custos associados aos tratamentos não psiquiátricos de portadores e não portadores de tais doenças. A proposta visa comparar o perfil de saúde mental destes pacientes com o de pacientes psiquiátricos e com a população em geral. Adicionalmente, buscando investigar fatores de risco, manutenção e proteção aos quadros patológicos, o histórico de uso de drogas, traumas, religiosidade e preconceito com transtornos mentais será avaliado. 1000 participantes, sendo 250 pertencentes a cada grupo devem responder a entrevista estruturada para avaliação de transtornos mentais. De forma presencial ou através da internet, questionários

Endereço: Av. Farroupilha, 8001 Prédio14- Sala 224

Bairro: São José

CEP: 92.425-900

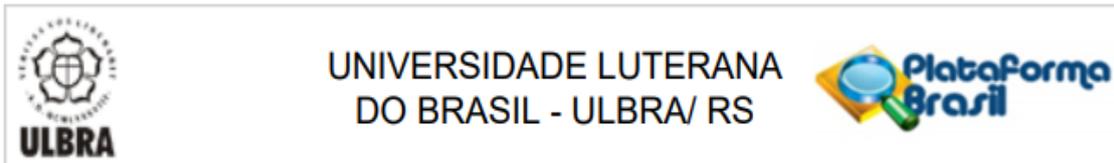
UF: RS

Município: CANOAS

Telefone: (51)3477-9217

Fax: (51)3477-9239

E-mail: comitedeetica@ulbra.br



Continuação do Parecer: 2.254.781

autoaplicáveis de religiosidade, exposição a traumas, uso de drogas e estigma com a saúde mental serão respondidos. Os dados de custos serão consultados após o fim do tratamento do paciente. Considerando as comparações usando como fatores o grupo originário, e em segundo momento usando como fatores a presença ou não de transtornos mentais. Comparações de proporções e médias são as análises principais, embora modelos associativos e relacionais sejam possíveis posteriormente. Espera-se que o perfil de prevalência de transtornos mentais em pacientes ambulatoriais e da internação clínica seja maior do que o da população em geral. Ao comparar-se os custos com tratamentos, é esperado que portadores de transtornos mentais gerem mais custos durante os tratamentos, mesmo estes não sendo em função dos sintomas psiquiátricos. Assim, pretende-se reforçar a necessidade de avaliação de saúde mental em pacientes hospitalares.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a prevalência de transtornos mentais em pacientes que procuram serviços hospitalares e investigar fatores de vulnerabilidade e de proteção aos quadros clínicos, bem como os custos associados indiretamente aos sintomas. Para atingir tais objetivos, são projetados 4 estudos, cujos objetivos primários são:

ESTUDO 1 – Investigar a prevalência de transtornos mentais em pacientes que procuram diferentes serviços hospitalares.

ESTUDO 2 – Comparar os custos associados indiretamente aos sintomas psiquiátricos em tratamentos de outras condições médicas em hospitais. ESTUDO 3 – Investigar os fatores que contribuem para vulnerabilidade e proteção aos quadros clínicos.

ESTUDO 4 – Traduzir, adaptar e validar para português brasileiro a escala "The Stigma Scale".

Objetivos Secundários:

ESTUDO 1 – Diferenças na prevalência de transtornos mentais em diferentes serviços hospitalares

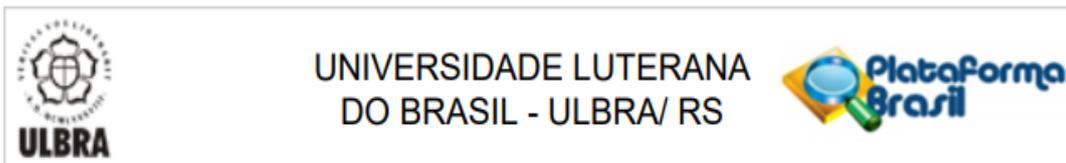
ESTUDO 2 – Custos de tratamento de pacientes não psiquiátricos e com comorbidades psiquiátricas

ESTUDO 3 – Fatores protetivos e de vulnerabilidade psicológica em pacientes hospitalares com transtorno mental ESTUDO 4 – Tradução, adaptação e validação da "The Stigma Scale"

Os objetivos secundários do projeto, inclusive em cada um dos estudos são:

- Comparar a incidência de HIV e outras DSTs entre portadores de transtornos mentais e não portadores (ESTUDOS 1 e 3).
- Investigar diferenças de gênero referentes a todas as variáveis consideradas (ESTUDOS 1, 2 e 3).
- Investigar se pacientes hospitalares com comorbidade psiquiátrica geram maior custo ao

Endereço: Av. Farroupilha, 8001 Prédio14- Sala 224
Bairro: São José **CEP:** 92.425-900
UF: RS **Município:** CANOAS
Telefone: (51)3477-9217 **Fax:** (51)3477-9239 **E-mail:** comitedeetica@ulbra.br



Continuação do Parecer: 2.254.781

hospital (ESTUDO 2).

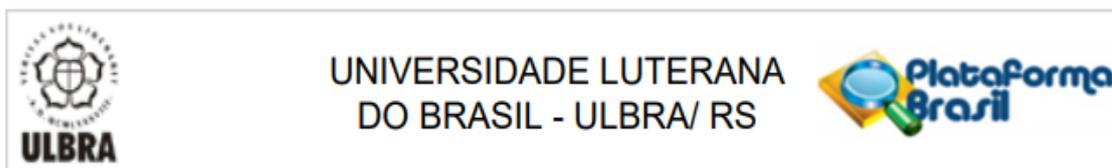
- Investigar a presença de indicativos de vulnerabilidade psicológica em pacientes com transtornos mentais através de: (ESTUDO 3). o consumo de drogas; o exposição a traumas e o preconceito relacionado a transtornos mentais (psicofobia).
- Investigar a capacidade da religiosidade ser um fator protetivo, associando-se negativamente a sintomas psiquiátricos (ESTUDO 3).
- Investigar os benefícios do atendimento psicológico durante a hospitalização entre pacientes que foram atendidos e não durante internação hospitalar (ESTUDO 2).
- Traduzir e adaptar para português brasileiro a escala "The Stigma Scale" (ESTUDO 4).
- Validar a versão brasileira da escala "The Stigma Scale", através da avaliação de suas propriedades psicométricas (ESTUDO 4)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Embora o projeto tenha sido desenhado buscando evitar ao máximo qualquer risco, e mesmo que nenhum procedimento diretamente invasivo seja realizado, cabe ressaltar o risco emocional passível durante a realização do estudo. Algumas escalas e questionários podem causar mal estar emocional. Em caso de necessidade de apoio emocional imediato e integral, a equipe de pesquisa fornecerá a assistência emocional necessária no local em que a coleta estará sendo realizada. Como assume-se que os instrumentos com maiores chances de causar mal-estar são os relativos às experiências traumáticas e às experiências relacionadas com a doença e internação, toda a equipe será treinada sobre o manejo de experiências traumáticas conforme o manual de referência (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007). Cabe ressaltar que o pesquisador responsável trabalha justamente com esta linha de pesquisa (trauma) e, portanto, é capacitado para intervenções desta natureza. Já no caso de mal-estar emocional relacionado a doença ou procedimentos, a equipe será treinada com os "procedimentos básicos para intervenção com pacientes hospitalares" (Gorayeb & Guerrelhas, 2003). Neste sentido, cabe igualmente pontuar que uma das colaboradoras do estudo e a responsável pelo serviço de psicologia hospitalar têm pelo menos cinco anos, denotando clara experiência. Assim, os treinamentos e a constante supervisão serão qualificados e propiciados. Após o manejo imediato, caso permaneçam necessidades de acompanhamento, a equipe de pesquisa responsabiliza-se pelo correto encaminhamento para serviço adequado. No caso de pacientes sem condições financeiras, indicaremos a Unidade Básica de Saúde (UBS)

Endereço: Av. Farroupilha, 8001 Prédio14- Sala 224
Bairro: São José **CEP:** 92.425-900
UF: RS **Município:** CANOAS
Telefone: (51)3477-9217 **Fax:** (51)3477-9239 **E-mail:** comitedeetica@ulbra.br



Continuação do Parecer: 2.254.781

referencia de seu bairro para possível encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial; ou ainda o ambulatório de psiquiatria do Hospital Universitario/GAMP Canoas, ou serviços de psicologia disponíveis de acordo com a localidade na qual o paciente reside, como por exemplo, a clínica escola da ULBRA-Canoas. Outro aspecto que não envolve risco, mas cabe pontuar, diz respeito aos procedimentos de coleta, que por vezes são morosos e podem ser inconvenientes. Entretanto, profissionais e parte da equipe serão orientados a permanecerem atentos e eventualmente interromper a avaliação em percepção de claro desconforto.

Benefícios:

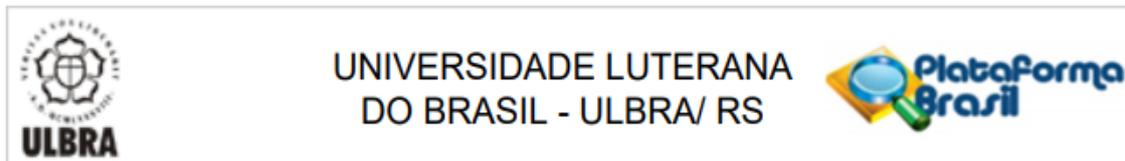
O projeto não possui nenhum benefício direto aos participantes, o que é explicitado no TCLE. Contudo, há benefícios indiretos resultantes da participação, como: possibilidade de contribuir para o maior conhecimento da população adulta em atendimento hospitalar, possível aplicação dos resultados em práticas futuras, participação em investigação do impacto social e na saúde de possíveis preconceitos relacionados à saúde mental. Adicionalmente, caso o paciente tenha algum tipo de transtorno mental, ele poderá ser beneficiado através do conhecimento da hipótese diagnóstica e o aconselhamento de busca de atendimento adequado. Caso não possuam condições financeiras, lhes será indicado a UBS referência de seu bairro para possível encaminhamento ao CAPS, conforme anteriormente mencionado quando explicitado dos riscos relativos à participação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para atingir os objetivos propostos, uma série de análises distintas são projetadas, especialmente em função dos diferentes objetivos de cada estudo. Em geral, todas as análises serão realizadas através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0 para Windows ou Mac. Algumas análises poderão também ser realizadas com o Programa Estatístico R, que pode ser utilizado principalmente para equações estruturadas e manipulação de grandes volumes de dados, sendo mais compatível às análises em comparação ao primeiro. Como diferentes estudos são estimados, análises específicas para cada um foram planejadas.

ESTUDO 1 - Etapa de estatística descritiva será realizada, apresentando as devidas proporções de presença de doença ou ocorrência de determinado evento para cada grupo, sempre considerando como fator a área hospitalar do paciente. Médias, desvios padrão, além de medianas, erro padrão e mínimos e máximos em casos da necessidade do uso de estatística não paramétrica, também serão usados. Para comparações e testes estatísticos, normalidade será testada com teste Kolmogorov-Smirnov antes das análises. Os resultados serão sempre avaliados considerando um α de 0.05. Resultados com mais de dois grupos serão submetidos a análises post-hoc. Em

Endereço: Av. Farroupilha, 8001 Prédio14- Sala 224
Bairro: São José **CEP:** 92.425-900
UF: RS **Município:** CANOAS
Telefone: (51)3477-9217 **Fax:** (51)3477-9239 **E-mail:** comitedeetica@ulbra.br



Continuação do Parecer: 2.254.781

função do tamanho da amostra, resultados acompanharão o tamanho de efeito, pois eventuais níveis de significância podem referir-se a Erros do Tipo I.

Para dados de prevalências de transtornos mentais entre os grupos de pacientes hospitalizados e não hospitalizados, as proporções serão comparadas através do teste chi-quadrado. Adicionalmente, os Odds Ratios e Chances de Risco para cada grupo também serão criados quando apropriados.

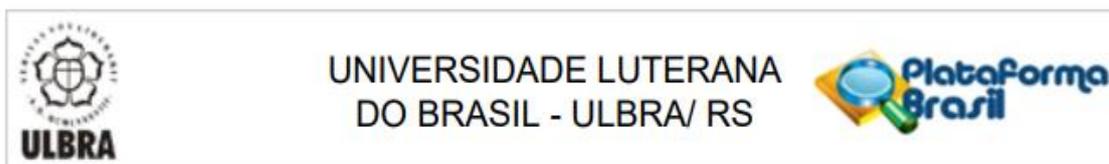
ESTUDO 2 – Após o fim da avaliação de transtornos mentais, bem como a investigação dos prontuários, será calculado o quanto o paciente “gastou” durante seu tratamento com demandas não psiquiátricas. O valor, calculado em reais será a variável dependente deste estudo. O tempo de internação também será considerado, em dias. O fator deste estudo será a presença ou não de um transtorno mental. As análises serão realizadas através de teste-t, com eventual necessidade de controle por método de covariância (ANCOVAs) para alguns fatores, incluindo a área hospitalar, idade e gênero. Em casos de distribuições não paramétricas, testes apropriados, tal como Wilcoxon e Mann-Whitney serão escolhidos.

ESTUDO 3 - Investigações sobre religiosidade, uso de drogas, vulnerabilidade e estigma também considerarão opções de testes como ANOVA e ANCOVA, ou Mann-Whitney e Wilcoxon, quando necessários. Investigações sobre a história de traumas provavelmente será realizado com o teste chi-quadrado. Os modelos de análises serão semelhantes aos do ESTUDO 1, dada a natureza semelhante do delineamento. Ainda, como é de interesse investigar possíveis relações entre fatores de vulnerabilidade psicológica, transtornos mentais e pior resposta a tratamentos não psiquiátricos, correlações, regressões e eventualmente modelos estruturais podem ser utilizados.

ESTUDO 4 – Como um dos objetivos específicos do projeto visa a validação de uma escala, alguns testes específicos para confirmação psicométrica podem ser necessários. Pretende-se avaliar a consistência interna calculando o alpha de Cronbach. Para testar a presença de diferentes subescalas, uma análise fatorial também é planejada. A validade convergente será testada com correlações (Pearson ou Spearman) com medidas que tenham relação teórica com a presença de preconceito, como por exemplo, a gravidade dos sintomas, ou o tamanho do grupo de apoio (investigado através da ASI).

Ainda cabe ressaltar que por ser um projeto grande e com possibilidade de acesso a muitos dados, muitas análises não podem ser previstas a priori. Portanto, é provável a realização de análises adicionais no futuro, embora o planejamento compatível as hipóteses esteja aqui apresentado.

Endereço: Av. Farroupilha, 8001 Prédio14- Sala 224
Bairro: São José **CEP:** 92.425-900
UF: RS **Município:** CANOAS
Telefone: (51)3477-9217 **Fax:** (51)3477-9239 **E-mail:** comitedeetica@ulbra.br



Continuação do Parecer: 2.254.781

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Como descrito anteriormente, este é um projeto guarda-chuva que possui objetivo amplo, requerendo a realização de diferentes estudos. Assim, cada estudo envolverá características distintas: Estudo 1 - trata-se de estudo analítico observacional transversal descritivo; Estudo 2: trata-se de estudo analítico observacional retrospectivo; Estudo 3: Trata-se de estudo analítico observacional transversal descritivo; Estudo 4: trata-se de estudo analítico observacional transversal descritivo.

Recomendações:

Esclarecer a participação dos diferentes pesquisadores envolvidos no estudo, cujo currículo foi anexado na Plataforma Brasil, tendo em vista os mesmos integrarem diferentes instituições de trabalho.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu todos os itens solicitados no primeiro parecer, elencados em carta anexa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_945408.pdf	02/08/2017 20:37:23		Aceito
Outros	20170803012549546.pdf	02/08/2017 20:36:58	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	20170803012336697.pdf	02/08/2017 20:35:21	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_REFORMULACAOES.docx	02/08/2017 20:31:35	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	20170803011225337.pdf	02/08/2017 20:25:21	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	ASI.pdf	02/08/2017 20:19:34	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	DUKE_RELIGIOSIDADE.docx	02/08/2017 20:18:12	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	The_Stigma_Scale_KING.pdf	02/08/2017 20:10:55	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	LEC.pdf	02/08/2017 20:09:23	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	crivo_SCID_V.pdf	02/08/2017 20:08:52	Breno Sanvicente Vieira	Aceito

Endereço: Av. Farroupilha, 8001 Prédio14- Sala 224

Bairro: São José

CEP: 92.425-900

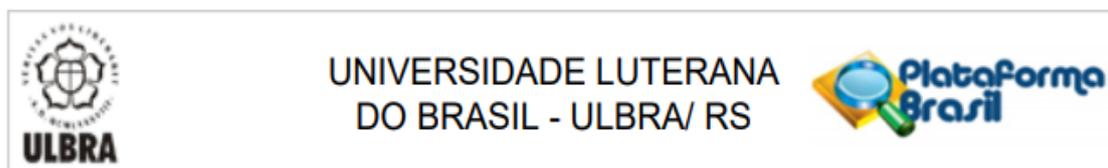
UF: RS

Município: CANOAS

Telefone: (51)3477-9217

Fax: (51)3477-9239

E-mail: comitedeetica@ulbra.br



Continuação do Parecer: 2.254.781

Outros	SCID_entrevista.pdf	02/08/2017 20:07:01	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/08/2017 20:05:19	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_VULNERABILIDADE_BROCHURA_INVESTIGADOR_0208.docx	02/08/2017 20:04:39	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/08/2017 20:04:20	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REVISADO_CEP.docx	02/08/2017 19:46:28	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	LATTES_ALESSANDRA.pdf	02/08/2017 19:28:46	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	05/07/2017 19:00:35	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_PARA_AUSENCIA_DE_TERMOS_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	05/07/2017 15:42:02	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	lattes_nathalia.pdf	05/07/2017 15:37:29	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_USO_DADOS.pdf	05/07/2017 15:34:05	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	LATTES_PESQUISADOR_PRINCIPAL.pdf	05/07/2017 14:15:22	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	lattes_aline.pdf	19/06/2017 12:56:39	Breno Sanvicente Vieira	Aceito
Outros	lattes_nicolas.pdf	19/06/2017 12:55:31	Breno Sanvicente Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CANOAS, 01 de Setembro de 2017

Assinado por:
Paulo Tadeu Campos Lopes
(Coordenador)

Endereço: Av. Farroupilha, 8001 Prédio14- Sala 224
Bairro: São José **CEP:** 92.425-900
UF: RS **Município:** CANOAS
Telefone: (51)3477-9217 **Fax:** (51)3477-9239 **E-mail:** comitedeetica@ulbra.br

Anexo C

The Stigma Scale (versão original)

Statement	Response				
1. I have been discriminated against in education because of my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
2. Sometimes I feel that I am being talked down to because of my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
3. Having had mental health problems has made me a more understanding person (D)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
4. I do not feel bad about having had mental health problems (D)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
5. I worry about telling people I receive psychological treatment (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
6. Some people with mental health problems are dangerous (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
7. People have been understanding of my mental health problems (D)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
8. I have been discriminated against by police because of my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
9. I have been discriminated against by employers because of my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
10. My mental health problems have made me more accepting of other people (D)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
11. Very often I feel alone because of my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
12. I am scared of how other people will react if they find out about my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
13. I would have had better chances in life if I had not had mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
14. I do not mind people in my neighbourhood knowing I have had mental health problems (D)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
15. I would say I have had mental health problems if I was applying for a job (D)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
16. I worry about telling people that I take medicines/tablets for mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
17. People's reactions to my mental health problems make me keep myself to myself (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
18. I am angry with the way people have reacted to my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
19. I have not had any trouble from people because of my mental health problems (D)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
20. I have been discriminated against by health professionals because of my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
21. People have avoided me because of my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
22. People have insulted me because of my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
23. Having had mental health problems has made me a stronger person (D)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
24. I do not feel embarrassed because of my mental health problems (D)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
25. I avoid telling people about my mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
26. Having had mental health problems makes me feel that life is unfair (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
27. I feel the need to hide my mental health problems from my friends (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
28. I find it hard telling people I have mental health problems (A)	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree

Anexo D

Escala de Autoestima de Rosenberg

Lêa cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada

1. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
2. Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
3. Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
4. Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
5. Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
6. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
7. No conjunto, eu estou satisfeito comigo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
9. Às vezes eu me sinto inútil.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente
10. Às vezes eu acho que não presto para nada.
(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Observação: Os itens 3, 5, 8, 9 e 10 devem ser invertidos para calcular a soma dos pontos

Anexo E

Índice de Religiosidade da Universidade Duke

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

Anexo F

Autorização Para Tradução e Adaptação da *The Stigma Scale* Pelos Autores

De: Breno Vieira <brenosanvicente@gmail.com>

Data: 9 de outubro de 2017 18:28:29 BRT

Para: sokratisdinos@bpp.com

Assunto: Request for translating The Stigma Scale to Br. Portuguese

Dear Dr. Dinos,

My name is Breno Sanvicente-Vieira and I am a Psychology Professor from Southern Brazil.

We have an extensive background in the translation and adaptation processes of foreign instruments to Brazilian Portuguese.

We are starting a new project with vulnerable inpatients in a general hospital and we would like to use The Stigma Scale.

Could I please ask your authorization to translate and to adapt it to Brazilian Portuguese?

Cheers

Breno Sanvicente Vieira

Psicólogo

CRP 07/20806

Mestre - Cognição Humana

Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental

PUCRS - PPG - Grupo de Neurociência Cognitiva do Desenvolvimento

Membro do Núcleo de Estudos em Trauma e Estresse - www.stresstrauma.org

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6710912012052033>

From: Sokratis Dinos <SokratisDinos@bpp.com>

Date: 2017-10-10 6:35 GMT-03:00

Subject: RE: Request for translating The Stigma Scale to Br. Portuguese

To: Breno Vieira <brenosanvicente@gmail.com>

Cc: "michael.king@ucl.ac.uk" <michael.king@ucl.ac.uk>

Dear Breno,

Many thanks for your e-mail and for your interest in our scale.

We are more than happy to give you permission to use the stigma scale and translate it in Portuguese.

I am attaching some articles as well as the scale for ease of translation. I hope you find them helpful.

Would you mind sending us the translated scale when you have validated it?

I'm also copying Professor Michael King, who was the lead in the validation of the scale.

Best wishes

Dr Sokratis Dinos CPsychol, AFBPsS

Director of Psychology Programmes

BPP University

School of Health

Department of Psychology

137 Stamford Street

London, SE1 9NN

Anexo G

Avaliação da Versão Retrotraduzida da *The Stigma Scale* Pelos Autores

Translation of Stigma Scale



Breno Vieira <brenosanvicente@gmail.com>

qui 08/03/2018 10:28

Para: sokratisdinos@bpp.com; michael.king@ucl.ac.uk

Cc: Nicolas DeOliveira (nicolas.deoliveira@hotmail.com); Irani Iracema de Lima Argimon (argimoni@puccrs.br)

Dear Dr. Sokratis and Dr. King,
hope this email find you well.

I write because we already did most of the translation process according to Brazilian Standards for translation of scales. Copied here are Nicolas and Dr. Irani Argimon. Nicolas is the student that is working in the translation of the scale for using in a project I have here in collaboration with doctor Irani, the advisor of Nicolas in his Master.

By now we already translated the scale by two independently translators and unified it in a single one. According to the protocol we are using, the next step requires an expert in the topic to review if the Brazilian version translated into English contains the same meanings that the original scale. It is done to correct possible problems in the translated scale.

Obviously, you are experts in the topic and are well familiarized with the scale. Therefore, I would like to know if one of you could check this version and flag if some point got lost in translation, or if there are some translation that now is not assessing appropriately something as the original scale does. If you agree, you will find this Brazilian version translated into English attached here (just remind this is not the final version yet).

If you could not do that, but could suggest some of your students to do so, instead, it would also fit well for our purposes.

I appreciate in advance for the attention and hope to still in touch soon with the final version.

All the best.

Breno Sanvicente Vieira
Psicólogo
CRP 07/20806

Doutor - Psicologia
Mestre - Cognição Humana
Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental

PUCRS - PPG - Grupo de Neurociência Cognitiva do Desenvolvimento
Membro do Núcleo de Estudos em Trauma e Estresse - www.stresstrauma.org
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6710912012052033>

RE: Translation of Stigma Scale



Sokratis Dinos <SokratisDinos@bpp.com>

ter 13/03/2018 05:28

Para: Breno Vieira (brenosanvicente@gmail.com); michael.king@ucl.ac.uk

Cc: Nicolas DeOliveira (nicolas.deoliveira@hotmail.com); Irani Iracema de Lima Argimon (argimoni@puccs.br) ↗

Dear Breno,

Many thanks for your email and for sending us the translated from Portuguese back to English version. I have checked all the items and there are no inconsistencies at all regarding meaning in relation to the original version.

If you would like any further clarifications please let me know and well done for a great translation.

Best wishes

Dr Sokratis Dinos CPsychol AFBPsS
Director of Psychology Programmes

BPP University
School of Health
Department of Psychology
137 Stamford Street
London, SE1 9NN

D +44 (0)20 7520 7319
BPP.CO.UK

Anexo H

Comprovante de submissão do artigo “*Measures of Perceived and Experienced Stigma in Adults Living With Mental Illness: A Systematic Review*”

ARCHIVES OF
PSYCHIATRIC NURSING



Nicolas de Oliveira Cardoso | My Journals | Log Out

[Home](#) [Reports](#)



APN_2018_455 | Review Article

Measures of Perceived and Experienced Stigma in Adults Living With Mental Illness: A Systematic Review

Nicolas de Oliveira Cardoso | Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, RUA BONSUCESSO, 585, Brazil.



Status: **With Editor (0 days)** | Submitted: 31/Dec/2018

[Overview](#)

 Files  Messages

Other Authors [Show Details](#)

Breno Vieira (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul),
Isabela de Matos Ferracini (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul),
Irani Iracema de Lima Argimon (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul)

[Contact Editorial Team](#) 

Abstract

This review aimed to investigate which psychometric instruments are most utilized in the measurement of patient perceived and experienced mental illness stigma (MIS), and which variables are most often associated with outcomes. Searches were conducted using five databases. After application of eligibility criteria a total of 101 papers were included. We discovered that perceived and experienced MIS is mostly assessed using five scales. When considering the most tested and reported associative effects of stigma, age and symptoms showed to have important described effects. Other variables, such as sex, diagnosis and treatment condition (inpatient/outpatient) had few intervenient effects.

Taxonomy

Stigma, Attitude about Mental Illness

Anexo I

Comprovante de submissão do artigo “Adaptação Transcultural da *The Stigma Scale* para o Português Brasileiro: estudo piloto”



[OPEN JOURNAL SYSTEMS](#)

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:

nicolasdeoliveiracardoso

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [NOTÍCIAS](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > #17467 > **Resumo**

#17467 Sinopse

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão

Autores Nicolas de Oliveira Cardoso, Breno Sanvicente Vieira, Wagner de Lara Machado, Irani Iracema de Lima Argimon

Título Adaptação Transcultural da The Stigma Scale para o Português Brasileiro: estudo piloto

Documento original [17467-73779-1-SM.DOCX](#) 2019-01-08

Docs. sup. [17467-73780-1-SP.PDF](#) 2019-01-08 [INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR](#)

Submetido por Nicolas de Oliveira Cardoso 

Data de submissão janeiro 8, 2019 - 04:05

Seção Relato de Pesquisa

Editor Nenhum(a) designado(a)

Situação

Situação Aguardando designação

Iniciado 2019-01-08

Última alteração 2019-01-08

AUTOR

Submissões

- [Ativo \(1\)](#)
- [Arquivo \(0\)](#)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA

Selecione o idioma

Português (Brasil) ▼

TAMANHO DE FONTE

.....

Anexo J**Comprovante de Aceite do Capítulo “Reserva cognitiva: fatores associados ao longo do ciclo vital”**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Porto Alegre, 07 de Janeiro de 2019.

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Prezados Senhores(as)

Informamos para fins de comprovação, que o capítulo intitulado “**Reserva cognitiva: fatores associados ao longo do ciclo vital**” sob autoria de “Nicolas de Oliveira Cardoso, Marianne Farina e Thais Landenberger” encontra-se aceite e no prelo para publicação no livro “**Promoção de saúde no Ciclo Vital: possibilidades de avaliação, prevenção e intervenção Clínica**” com a organização da Prof. Doutora Irani Iracema de Lima Argimon, Allana Almeida Moraes, Carolina Quiroga e Gabriela Rodrigues.

Prof. Doutora Irani Iracema de Lima Argimon

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Escola de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

PUCRS

Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 11 – Sala 921
CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3633
E-mail: psicologia-pg@pucrs.br
www.pucrs.br

Anexo K

**Comprovante de Submissão do Artigo “Autoritarismo e Orientação à
Dominância Social em Adolescentes: uma revisão sistemática”**



OPEN JOURNAL
SYSTEMS

[Ajuda do sistema](#)

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [NOTÍCIAS](#) [TODAS AS
EDIÇÕES](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões](#) > [#217104](#) > [Resumo](#)

#217104 Sinopse

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

Submissão

Autores	Alejandro José Mena Barrios, Nicolas de Oliveira Cardoso, Irani Argimon	
Título	Autoritarismo e orientação à dominância social em adolescentes: uma revisão sistemática	
Documento original	217104-1010835-1-SM.DOCX	2018-11-29
Docs. sup.	Nenhum(a)	INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Sr. Alejandro José Mena Barrios 	
Data de submissão	novembro 29, 2018 - 03:49	
Seção	Estudos Teóricos/Ensaios	
Editor	Nenhum(a) designado(a)	

Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	2018-11-29
Última alteração	2018-11-29

USUÁRIO

Logado como:
jandromb

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#)
- [Gerenciar](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo \(2\)](#)
- [Arquivo \(0\)](#)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA

Selecione o idioma

Português (Brasil) ▼

Submeter

TAMANHO DE FONTE



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br