UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

STEFANY GUIMARÃES DE ÁVILA DOMINGOS

Social Distance Scale: adaptação cultural para brasileiros

RIBEIRÃO PRETO

2019

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

STEFANY GUIMARÃES DE ÁVILA DOMINGOS

Social DistanceScale: adaptação cultural para brasileiros

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

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Prof. Dra. Carla A. Arena Ventura

RIBEIRÃO PRETO

2019

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

Domingos, Stefany G.A.

Social Distance Scale: Adaptação cultural para brasileiros.
Ribeirão Preto, 2019.

80p. : il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP.

Área de concentração: Promoção de Saúde Mental.

Orientador: Ventura, Carla Arena

1. Estigma; 2. Distância Social; 3. Adaptação Cultural; 4.
Estudo Metodológico; 5. Esquizofrenia; 6. Dependência de
Cocaína

DOMINGOS, Stefany

Social Distance Scale: adaptação cultural para brasileiros

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

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os profissionais da área de saúde, em especial aos enfermeiros, que se dedicam a serem os melhores profissionais possíveis mesmo em ambientes de limitações e adversidades; e a todas as pessoas com transtornos mentais ou com dependência química, todos vocês são dignos.

“Devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de sua desigualdade”. (Aristóteles)

Agradecimentos especiais

A Deus, que é minha fonte de perseverança e que permite a realização de sonhos!

À Profª. Drª Carla Ventura, que dedicou tempo e disposição para compartilhar seus saberes. Obrigada por, pacientemente, respeitar minhas limitações e por acreditar que poderíamos desenvolver este trabalho. Sua humildade e amor pela pesquisa são inspiradores!

À profª. Drª. Simone de Godoy Costa, que contribuiu com sua experiência na metodologia escolhida. Este trabalho não seria possível sem sua participação! Muito obrigada!

A Raquel Fernandes, doce e dedicada! Em um ambiente com tanta rivalidade, você se destacou pela humildade e simpatia. Obrigada por ajudar em todas as etapas deste estudo! Não teria conseguido sem você.

À Bruna Carrara, sempre disposta e incentivadora! Concluo essa etapa da minha vida com a certeza de que fui privilegiada por ter pessoas como você em meu grupo de pesquisa. Palavras não são suficientes para agradecer sua contribuição a este trabalho. Muito obrigada por tudo!

À Jaqueline Natal, Minha grande amiga! Que me ajudou a fazer a inscrição para o mestrado e que tem me incentivado desde então. Muito obrigada pela sua amizade!

A minha mãe, Rosângela, que sempre me apoiou nos momentos mais importantes da minha vida. Mãe, compartilhamos muitos desafios juntas e eu quero, também, compartilhar todas as minhas alegrias! Amo você!

À todos que de alguma forma participaram desse sonho. Obrigada!

Agradecimentos

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

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

*À Universidade de São Paulo e à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP),
por contribuir com meu amadurecimento pessoal e profissional.*

À Fernanda Mendes, que contribuiu na fase de coleta de dados. Obrigada pelo incentivo e carinho!

*Aos professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), por
compartilharem os saberes e experiências durante esse processo.*

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), pelo apoio.

*Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Saúde Global, Direito e
Desenvolvimento (GEPESADES) por todo auxílio durante essa trajetória. As contribuições
são indescritíveis!*

*À secretaria de Pós-Graduação, especialmente a Adriana – secretária do Programa
Enfermagem Psiquiátrica -, que pacientemente esclareceu muitas dúvidas e orientou
condutas.*

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

Aos tradutores brasileiros e americanos que participaram deste estudo. Muitoobrigada!

*A todos os profissionais de saúde que participaram deste estudo. Vocês merecem serem
lembrados e valorizados todos os dias pelas contribuições na sociedade. Muito obrigada!*

DOMINGOS, S. G. A. Social DistanceScale: cultural adaptationtoBrazilians. 2019. 81f. Dissertation (Master) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2019.

RESUMO

Introdução: pessoas com transtornos mentais e com dependência de cocaína enfrentam o estigma público diariamente, inclusive dos profissionais de saúde, que são responsáveis por fornecer ambiente acolhedor para que haja adesão ao tratamento. Uma das formas de estigma público apresentadas nas unidades de saúde é o desejo de distância social, que tem sido estudado em vários países com a utilização do instrumento *Social Distance Scale* de Bogardus. **Objetivo:** adaptar culturalmente para brasileiros a *Social Distance Scale* de Bogardus nos domínios esquizofrenia e dependência de heroína. **Método:** estudo metodológico desenvolvido no município de Ribeirão Preto – SP. O processo de adaptação cultural ocorreu em quatro etapas principais: 1) tradução da escala para o português; 2) avaliação do comitê de juízes; 3) retrotradução da escala para o inglês; e 4) pré-teste, fase em que houve aplicação do instrumento na amostra populacional. Os participantes da fase pré-teste foram 40 profissionais auxiliares, técnicos e de nível superior que atuam na Atenção Primária de Saúde. Os dados das respostas dos participantes foram digitados em planilha do Excel e processados no programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 21.0. **Resultados:** os membros do comitê de juízes avaliaram os itens da escala resultante das etapas anteriores como equivalentes aos do instrumento original; os participantes da fase pré-teste referiram que a escala adaptada contém perguntas de fácil compreensão; valor α de Cronbach foi de 0,69 e 0,62 para os domínios esquizofrenia e dependência de cocaína, respectivamente, indicando que houve equivalência semântica, cultural e conceitual no instrumento adaptado. **Considerações finais:** A escala de distância social adaptada para brasileiros obteve resultados representativos de boa consistência interna, mas ressalta-se que há necessidade de validação desse instrumento através da análise das propriedades psicométricas para que ele possa ser replicado.

Palavras-chave: Estigma; Distância Social; Adaptação Cultural; Estudo Metodológico; Esquizofrenia; Dependência de Cocaína.

DOMINGOS, S. G. A. Social Distance Scale: cultural adaptation to Brazilians. 2019. 81f. Dissertation (Master) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2019.

ABSTRACT

Introduction: People with mental disorders and cocaine dependence face daily public stigma, including from health professionals, who are responsible for attending to the environment for adherence to treatment. One of the forms of public stereotypes is the health unit and the desire for social distance, which has been studied in several countries with the use of the Bogardus Social Distance Scale. **Objective:** to culturally adapt to Brazilians the Bogardus Social Distance Scale in the areas of schizophrenia and heroin addiction. **Method:** a methodological study developed in the city of Ribeirão Preto - SP. The stacking process is necessary: 1) translation from scale to Portuguese; 2) evaluation of the committee of judges; 3) back translation of the scale into English; and 4) pre-test, phase in which the instrument was applied in the population sample. The participants in the pre-test phase were 40 auxiliary, technical and higher level professionals who work in Primary Health Care. The data of the participants' answers were typed in an Excel spreadsheet and processed in the SPSS program (Statistical Package for Social Sciences), version 21.0. **Results:** judges committee members evaluated the scale items resulting from previous steps as equivalent to those of the original instrument; participants in the pre-test phase referred to an adapted scale containing easy-to-understand questions; Cronbach's value was 0.69 and 0.62 for the schizophrenic and cocaine dependence domains, respectively, a relation that had a semantic, cultural and conceptual equivalence in the adapted instrument. **Final considerations:** The social distance scale adapted for Brazilians obtained results representative of internal consistency, but it is stressed that there is a need for validation of this instrument through the analysis of the psychometric properties so that it can be replicated.

Keywords: Stigma; Social Distance; Cultural Adaptation; Methodological Study; Schizophrenia; Dependence on Cocaine.

DOMINGOS, S. G. A. Social Distance Scale: cultural adaptation to Brazilians. 2019. 81f. Dissertation (Master) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2019.

RESUMEN

Introducción: las personas con trastornos mentales y la dependencia de la cocaína se enfrentan a la estimulación pública diaria, incluidos los profesionales de la salud, que son responsables de atender el medio ambiente para la adhesión al tratamiento. Una de las formas de estereotipos públicos es la unidad de salud y el deseo de distancia social, que se ha estudiado en varios países con el uso del instrumento de la Escala de Distancia Social de Bogardus. **Objetivo:** adaptar culturalmente a los brasileños la Escala de Distancia Social Bogardus en las áreas de la esquizofrenia y la adicción a la heroína. Método: estudio metodológico desarrollado en la ciudad de Ribeirão Preto - SP. El proceso de apilamiento es necesario: 1) traducción de escala al portugués; 2) evaluación del comité de jueces; 3) traducción inversa de la escala al inglés; y 4) prueba previa, fase en la que se aplicó el instrumento en la muestra de población. Los participantes en la fase de prueba preliminar fueron 40 profesionales auxiliares, técnicos y de nivel superior que trabajan en Atención Primaria de Salud. Los datos de las respuestas de los participantes se escribieron en una hoja de cálculo de Excel y se procesaron en el programa SPSS (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales), versión 21.0. **Resultados:** los miembros del comité de jueces evaluaron los elementos de escala resultantes de los pasos anteriores como equivalentes a los del instrumento original; los participantes en la fase de prueba previa se referían a una escala adaptada que contenía preguntas fáciles de entender; El valor de Cronbach fue de 0,69 y 0,62 para los dominios de dependencia esquizofrénica y de cocaína, respectivamente, de que había una equivalencia semántica, cultural y conceptual en el instrumento adaptado. **Consideraciones finales:** La escala de distancia social adaptada para los brasileños obtuvo resultados representativos de una buena consistencia interna, pero se enfatiza que existe la necesidad de validar este instrumento a través del análisis de las propiedades psicométricas para que pueda replicarse.

Palabras-clave: Estigma; Distancia Social; Adaptación Cultural; Estudio Metodológico; Esquizofrenia; Dependencia de la Cocaína.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Traduções da escala original em inglês para o português no domínio esquizofrenia	41
Quadro 2. Traduções da escala original em inglês para o português no domínio dependência de heroína	42
Quadro 3. Comparação da versão original em inglês com a síntese das traduções para o domínio esquizofrenia	43
Quadro 4. Comparação da versão original em inglês com a síntese das traduções para o domínio dependência de heroína	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Comparação das versões resultantes da retrotradução com a versão original em inglês no domínio esquizofrenia	45
Tabela 2. Comparação das versões resultantes da retrotradução com a versão original em inglês no domínio dependência de heroína	46
Tabela 3. Síntese das características sociodemográficas dos participantes do estudo	50
Tabela 4. Média e mediana das variáveis das características sociodemográficas dos participantes do estudo	51
Tabela 5. Resultados α de Cronbah	52

LISTA DE SIGLAS

CAMH	<i>Centre for Addiction and Mental Health</i>
APS	Atenção Primária a Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
T1	Versão Traduzida em Português 1
T2	Versão Traduzida em Português 2
T3	Versão Traduzida em Português 3
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Versão Traduzida em Português no Domínio Esquizofrenia
TD	Versão Traduzida em Português no Domínio Dependência de Heroína
TE4	Síntese das Versões Traduzidas em Português no Domínio Esquizofrenia
TD4	Síntese das Versões Traduzidas em Português no Domínio Dependência de Heroína
VO	Versão Original em Inglês
VPF	Versão Português Final

SUMÁRIO

1 Introdução	15
2 Referencial Teórico-Metodológico	20
2.1 Esquizofrenia	21
2.2 Heroína	22
2.3 Cocaína	23
2.4 Escala de Distância Social	25
2.5 Estigma dos profissionais de saúde	27
2.6 Estratégia Canadense para diminuição do estigma	30
2.7 Processo de adaptação cultural	31
2.7.1 Tradução	31
2.7.2 Revisão da tradução por Comitê de Juízes	31
2.7.3 Retrotradução (back-translation)	32
2.7.4 Pré-teste	33
2.7.5 Ponderação dos escores	33
3 Objetivos	34
3.1 Objetivo geral	35
3.2 Objetivo específico	35
4 Material e Método	36
4.1 Delineamento de estudo	37
4.2 Aspectos éticos	37
4.3 Permissão do autor para utilização da escala	37
4.4 Local e participantes do estudo	38
4.5 Tradução da <i>Social Distance Scale</i>	38
4.6 Comitê de Juízes	38
4.7 Retrotradução	39
4.8 Pré-Teste	39
4.9 Processamento e análise dos dados	39
5. Resultados	40
5.1 Resultados relacionados ao processo de adaptação cultural da <i>Social Distance Scale</i>	41
5.1.1 Tradução da <i>Social Distance Scale</i> para o português brasileiro	41
5.1.2 5.1.2 Avaliação do Comitê de Juízes	44

5.1.3 Retrotradução	45
5.1.4 Alteração do domínio “dependência de heroína” para “dependência de cocaína”	48
5.1.5 Pré-Teste	49
5.1.6 Confiabilidade da escala	51
6 Discussão	53
7 Considerações finais	56
Referências	57
Anexos	66
Apêndices	72

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental no Brasil tem tido transformações positivas e significativas, com a criação de políticas e estratégias para a melhoria no cuidado humanizado do paciente com transtorno mental nas unidades de saúde (MATEUS, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Entretanto, essa população ainda enfrenta grande estigma da sociedade.

O termo estigma foi criado pelos gregos e significava um sinal em pessoas que deveriam ser diferenciadas. Estigma era uma marca física causada, na maioria das vezes, por fogo para destacar os que eram escravos, criminosos ou traidores. Isso era feito para indicar as pessoas as quais deveriam ser evitadas, principalmente, em locais públicos (GOFFMAN, 1988). Nesse contexto, atualmente, a palavra mantém a mesma conotação negativa, sendo usada para descrever alguém que está, por diversos motivos, inabilitada para uma completa aceitação no julgamento moral das outras pessoas.

As pessoas com enfermidades consideradas perigosas, de alta responsabilidade pessoal ou raras são os maiores alvos de estigma (FELDMAN; CRANDALL, 2007). Dentre essas enfermidades, destaca-se a esquizofrenia (NORDT; ROSSLER; LAUBER, 2006). Estudo realizado com afro-americanos que moravam em uma comunidade do sudeste dos Estados Unidos revelou que as pessoas consideraram portadores de esquizofrenia como perigosos e imprevisíveis (BROUSSARD, 2012). Esse resultado está em consonância com o que foi encontrado em pesquisa realizada na Turquia, que também sugeriu que a população deste país residente em áreas rurais tem a tendência a ter mais estigma com relação às pessoas com esquizofrenia, quando comparados com os que moram em área urbana (ALTINDAG et al., 2006).

A dependência de cocaína é outra característica considerada como causa de estigma quando comparada com dependência de álcool e maconha. Diferentemente da esquizofrenia, o estigma gerado pelo abuso de drogas está no fato dele ser considerado um comportamento evitável, em que os dependentes teriam adquirido o problema por uma condição de escolha (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009).

O estigma que pessoas com transtornos mentais enfrentam pode ser diferenciado em dois: estigma pessoal e estigma público. O estigma público se refere ao pensamento geral da população quanto aos transtornos mentais. O estigma pessoal refere-se ao estigma percebido e sentido pelo próprio indivíduo (GERLINGER et al., 2013).

Nessa perspectiva, ressalta-se que um dos estigmas públicos sentidos pelas pessoas acometidas por transtornos mentais e pelos dependentes químicos é expresso pelos próprios profissionais de saúde, os quais são pessoas que historicamente têm exercido forte influência no pensamento da sociedade; suas crenças são tidas como saberes verdadeiros e suas opiniões bastante respeitadas (LAUBER et al., 2004).

Atualmente, com a multidisciplinaridade na atuação em cuidado do usuário dos serviços de saúde, essa influência passou para outros profissionais. A enfermagem tem grande importância quanto ao estigma, pois são esses profissionais os maiores responsáveis, na atenção primária, por acompanharem a adesão ao tratamento, por incentivarem o paciente a permanecer no processo de recuperação, por observarem a adesão medicamentosa e por monitorarem a frequência em consultas médicas (BAKER; RICHARDS; CAMPBELL, 2005; MARTINS et al., 2013).

Os serviços de saúde são o principal caminho pelo qual as pessoas com transtornos mentais são capazes de alcançar integração na sociedade. Observou-se que o estigma entre os profissionais de saúde existe e pode se tornar uma barreira para a busca de tratamentos e para melhoria na qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos (HORSFALL; CLEARY; HUNT; 2010).

No Brasil, apesar dos cursos de saúde terem a temática de saúde mental em suas grades curriculares, nota-se ser necessário o aprofundamento de discussões sobre o estigma das pessoas acometidas por transtornos mentais bem como dependentes químicos entre os profissionais de saúde. Estudo desenvolvido com estudantes de medicina revelou que estes podem ter pensamentos estigmatizantes com relação à doença mental e que o incentivo durante a graduação faz com que esses estudantes sintam mais segurança na atuação profissional com esses usuários (PAPISH et al., 2013).

Lauber et al. (2004) identificaram que alguns profissionais psiquiatras não tinham dificuldades em trabalhar com pacientes com transtornos mentais, mas alegaram não desejarem contato mais próximo com essas pessoas. Isso se refere ao desejo de distância social, comportamento estudado dentro da temática estigma. Nesse sentido, o termo distância social se refere ao grau de aproximação de sentimentos que levam as pessoas a terem experiências juntas, focando em como são estabelecidas as relações sociais e pessoais do ser humano (SOARES et al., 2011).

Considerando todos esses fatores, o Centro de Dependência e Saúde Mental (*“Centre for Addiction and Mental Health”* - CAMH) criou intervenção anti-estigma para profissionais da atenção primária em saúde na província de Ontário, com o objetivo de investigar as

principais dimensões e dinâmicas que envolvem a discriminação com relação às pessoas acometidas por transtornos mentais e por dependência química.

Para desenvolver o estudo, o CAMH utilizou questionários criados pela “*Opening Minds*”, uma iniciativa canadense que formulou e validou instrumentos para avaliação do estigma dos profissionais de saúde. Uma das escalas presentes nesse documento avalia a distância social em dois domínios, um relacionado às pessoas acometidas por esquizofrenia e outro à dependência de heroína: “*Social Distance Scale on schizophrenia*” e “*Social Distance Scale on heroin dependence*”. Ambas foram baseadas na escala de distância social de Bogardus.

Após a investigação da situação de estigma nos serviços de saúde de atenção primária no Canadá, o CAMH iniciou um projeto de intervenção que foi implementado com sucesso em três Centros de Saúde Comunitários de Toronto e resultou na criação de uma intervenção anti-estigma. Resultados da intervenção indicam que o programa foi eficaz em melhorar as atitudes estigmatizantes entre os profissionais de saúde com relação às pessoas com transtorno mental e com dependência de substâncias.

No Brasil, está sendo desenvolvida a extensão desse projeto canadense intitulada: “Explorando Estigma, Discriminação e Perspectivas de Recuperação relacionados aos transtornos mentais e uso de substâncias junto a profissionais de Unidades Básicas de Saúde em Ribeirão Preto, Brasil: um Ensaio Controlado Randomizado”. Esse estudo será o primeiro no país a abordar uma intervenção anti-estigma direcionada especificamente aos profissionais da atenção primária a saúde (CARRARA, 2018).

Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi adaptar culturalmente para brasileiros a escala de distância social utilizada no programa canadense, cujos domínios são esquizofrenia e dependência de heroína, para que a escala adaptada possa ser utilizada na iniciativa brasileira de combate ao estigma.

Considerando que a heroína não tem prevalência significativa de uso no Brasil, optou-se por substituir esse domínio por dependência de cocaína. O processo de adaptação cultural da escala foi escolhido por se tratar de um instrumento consolidado e que tem apresentado resultados positivos e significativos no país de origem. A adaptação cultural e validação de escalas constitui processo rigoroso, mas permite economia de tempo e de recursos na sua implantação (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O presente estudo é relevante, uma vez que não foram encontradas na literatura pesquisada, publicações validando esse instrumento para o português. Dessa forma, há necessidade de investir no preparo dos profissionais de saúde para lidar com esse perfil de

usuário e os resultados desta pesquisa podem contribuir para oferecer elementos no posterior desenvolvimento de programas e estratégias para diminuir o estigma dos profissionais de saúde com relação a esse público.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 Esquizofrenia

Dentre todas as doenças psiquiátricas, a esquizofrenia é considerada a mais devastadora de todas, pois se trata de doença crônica e grave que tem início na idade jovem, entre 15 e 25 anos nos homens e 15 e 35 anos nas mulheres (SILVEIRA et al., 2014; SILVA et. al, 2016).

O termo esquizofrenia tem origem grega e significa pensamento dissociado, o que se relaciona com uma das principais e mais marcantes características da doença: sua capacidade de afetar a função central do “eu” do indivíduo. Nesse caso, as relações intra e intersociais ficam prejudicadas (JAVITT; COYLE, 2004; TANDON; NASRALLAH; KESHAVAN, 2010).

Há consenso na literatura de que os fundamentos do conceito da doença foram estabelecidos por três importantes psiquiatras que mudaram a visão do mundo a respeito da esquizofrenia, até então, conhecida como demência precoce (SILVA et al., 2016; CARPENTER; WILLIAM, 2006).

Alguns sintomas apresentados pelo portador da doença são a agitação psicomotora, as alucinações auditivas e os delírios. Muitos, durante a crise, ficam incapazes de distinguir entre algo real e não real (OBI-NAGATA; TEMMA; HAYASHI-TAKAGI, 2019). Há relatos de grande sofrimento pelo fato de o doente apresentar delírios de que forças externas influenciam seus pensamentos e ações. São observadas, também, alterações significativas no humor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Outros sintomas que podem ser demonstrados são cognitivos e incluem o empobrecimento do discurso, ambivalência, falta de espontaneidade, dificuldade em estabelecer relações e alterações de memória e atenção (JAVITT; COYLE, 2004).

De acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de esquizofrenia, em cada 100 casos da doença no mundo, aproximadamente 30 pessoas apresentam recuperação completa ou quase completa, outros 30 têm prejuízo parcial e um terço tem prejuízo importante que dificulta o convívio social e profissional. Esses dados fazem com que o prognóstico da doença ainda seja pouco conhecido, revelando a complexidade desta patologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Ainda com causas desconhecidas, o modelo de doença conhecido como “vulnerabilidade versus estresse” tem apresentado concordância positiva entre os estudiosos da temática. Esse conceito é caracterizado pela crença de que a pré-disposição genética, ou

seja, a vulnerabilidade presente aumenta o risco para o desenvolvimento de sintomas em conjunto com os fatores de estresse presentes no ambiente; acrescenta-se a isso uma falha dos mecanismos de proteção do indivíduo para lidar com esses fatores estressantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

A prevalência da doença no mundo é de 1% (JAVITT; COYLE, 2004) e no Brasil, a prevalência de casos de psicose em geral foi de 0,3% a 2,4% quando considerada a população total (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

O tratamento da esquizofrenia abrange diversos fatores, não somente o medicamentoso, a o ambiente familiar tem muita importância para que a pessoa com a doença se sinta acolhida, amada e tenha maior segurança para enfrentamento da doença. Há necessidade de ter suas habilidades sociais diárias treinadas para que o usuário seja capaz de realizar o auto cuidado, conversações e atividades recreacionais. Ou seja, o tratamento é feito dentro da comunidade e não em ambiente especializado em psiquiatria para incentivar uma vida normal (TANDON; NASRALLAH; KESHAVAN, 2010).

Por todos esses fatores, a esquizofrenia é considerada uma das doenças psiquiátricas com maior estigma público, pois pessoas acometidas por ela são tidas como perigosas e imprevisíveis. Esse perigo associado à pessoa com esquizofrenia refere-se ao medo e à raiva (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2003; LOCH, 2013; ANGERMEYER, 2018).

Alguns dos principais mitos são de que todos com esquizofrenia são violentos, que não conseguirão ter projetos na vida, que são incapazes de trabalhar, jamais irão se recuperar e que a doença é resultado de falha ou fraqueza, dentre outros (THORNICRAFT, 2006).

Além do estigma público, ainda há a discriminação dos próprios familiares e amigos. A dificuldade de interação social apresentada por essas pessoas as prejudica no desenvolvimento de atividades diárias, como manter um trabalho (THORNICROFT, 2009).

2.2 Heroína

A heroína atua nos receptores opioides no cérebro e, inicialmente, apresenta efeito como relaxante e produto de euforia. Contudo, trata-se de droga que rapidamente causa dependência física (FERNANDEZ; LIBBY, 2011).

A droga se tornou popular na América do Norte devido a seu uso como droga depressora, gerando sensação de euforia e sedação. Era utilizada como analgésico entre os soldados nas guerras, que retornavam para suas casas com dependência de consumo desse opioide (FERNANDEZ; LIBBY, 2011; KHENTI; BOBBILI; SAPAG, 2019).

Aproximadamente em 1890, a heroína passou a ser utilizada como tratamento medicinal para alívio das dores em doenças como infecções respiratórias, feridas profundas e tratamento em saúde mental. Pouco tempo depois, seu uso foi proibido devido a casos de dependência da droga. Foi proibida no Canadá em 1908 (BOYD; NORTON, 2019)

Estados Unidos e Canadá apresentam índice crescente de uso de opioides, medicações para o tratamento da dor na população geral. Em parte, a literatura aponta que isso ocorre, também, pelo elevado número de prescrições dessas medicações feitas pelos médicos de atenção primária. Nas últimas duas décadas, a venda de opioides com prescrição médica aumentou significativamente, cerca de 4 vezes mais, nos Estados Unidos e Canadá, aumentando também o uso inadequado das substâncias, aumento nos casos de overdoses e mortes pelo uso de opioides (HELMERHORST et al., 2017).

O contexto cultural e econômico é importante para a propagação de uma droga em determinada região. No caso do Brasil, além do país não ter tido participação significativa em grandes guerras, o fato de estar fora da rota de distribuição da heroína faz com que o consumo aqui seja mínimo. Na América do Sul, as rotas de distribuição favorecem a cocaína, fabricada na América Latina, em países como Bolívia e Peru (PAIVA, 2019).

Esses fatores fazem com que, quando a heroína chegue ao Brasil, tenha um valor mais caro que as outras drogas fabricadas na América Latina, o que também favorece seu baixo consumo.

2.3 Cocaína

A cocaína, um derivado da folha de “*Erythroxylon coca*”, era usada por suas propriedades estimulantes, principalmente na região dos Andes – América do Sul, há mais de 1200 anos. Essa droga, um alcaloide, ou seja, substância de caráter básico, que possui efeitos anestésicos, pode ser encontrada na forma de pó branco (de uso inalatório) ou na forma de pedra, denominada crack (GAZONI et al., 2006).

A substância tem ação rápida após seu consumo, podendo atingir a circulação cerebral cerca de 8 segundos após ser inalada; seus efeitos iniciam de forma rápida, mas possuem meia vida curta, durando cerca de 30 a 40 minutos (GONÇALVES; BRITTO, 2012). Essa velocidade de ação é um dos fatores que contribuem para seu uso exacerbado entre os consumidores de droga (GAZONI et al., 2006). Rapidamente, após ser inalada, a cocaína produz sintomas de euforia e excitação, e usuários descrevem a sensação do tempo estar

paralisado. Há relatos, também, de que a droga atua como facilitadora do sentimento de autoconfiança e poder (GONÇALVES; BRITTO, 2012).

Seus efeitos adversos são muitos: aumento da frequência cardíaca, podendo causar arritmias; aumento da pressão arterial; e vasoconstrição. Além disso, os danos cerebrais ocorrem em cada mínima dose e podem se tornar irreversíveis após longo período de uso (GONÇALVES; BRITTO, 2012). O uso da substância por muito tempo também pode causar sintomas psiquiátricos, como agitação, paranoia, alucinações, delírios, hipervigilância, violência e pensamentos suicidas (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

O Brasil é um dos países emergentes em que o consumo de estimulantes como a cocaína está aumentando. Entretanto, a maioria de outros países vivencia o fator contrário, com a diminuição do consumo dessas substâncias (LARANJEIRA et al., 2014).

Estudo identificou que a ocorrência de transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas, como a cocaína, é vasta e tem sido abordada nas clínicas psiquiátricas. No Brasil, a cocaína está entre as drogas ilícitas de maior consumo e de maior acessibilidade, com uso de 2,9% entre jovens e adultos. Além disso, em 2001, o aumento de consumo da cocaína foi de 0,4%, já em 2005, o aumento de consumo anual passou para 0,7% (LARANJEIRA et al., 2014).

Estudo realizado com escolares do nono ano identificou aumento no consumo de drogas entre jovens do sexo feminino, com jovens de maior idade, fumantes e que consumiam, também, o álcool. Outra característica associada ao uso de drogas é o maior número de parceiros sexuais durante a vida. Entre os estudantes do nono ano, o índice de uso de drogas ilícitas foi de 9% (HORTA et. al, 2018).

Pesquisa realizada pelo LARANJEIRA (2014) constatou que 3,8% de brasileiros com 18 anos ou mais já fez uso de cocaína, pelo menos, uma vez ao longo da vida, o que significa cerca de 5 milhões de adultos. Outro dado é que se considerado o uso da substância nos 12 meses anteriores à data da pesquisa (2012), nessa mesma população, o índice é de 1,7%, cerca de 2 milhões de brasileiros. Entre os adolescentes, o uso registrado foi de 2,3% que declararam ter utilizado a droga alguma vez na vida e 1,6% utilizaram nos 12 meses anteriores à data da pesquisa, um total de, aproximadamente, 225 mil adolescentes em todo país.

A utilização de drogas ilícitas está associada a fatores sociais como moradia, baixa renda e baixa escolaridade. Pesquisas revelam que os poucos anos de estudo das pessoas com dependência química pode ocorrer, justamente, pelo uso da droga precocemente o que faz com que haja evasão escolar. Outra característica significativa registrada na literatura é que os

jovens que iniciam o uso da droga cedo apresentam familiares próximos com histórico de uso de substâncias, sugerindo que esse seja um comportamento aprendido por observação (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

2.4 Escala de Distância Social

Dentre as diversas formas de manifestações do estigma em uma sociedade, destaca-se a distância social. Esse conceito foi introduzido na literatura pelo sociólogo americano Emory S. Bogardus, em 1925. O termo distância social se refere ao grau de aproximação de sentimentos que levam as pessoas a terem experiências juntas, foca em como são estabelecidas as relações sociais e pessoais do ser humano (BOGARDUS, 1925a; SOARES et al., 2011).

A escala de distância social foi elaborada em 1926 por Bogardus e alguns de seus colegas membros de 25 diferentes universidades. Rapidamente, a escala tornou-se referência para avaliar distância social, sendo utilizada até hoje em diversos países (SOARES et al., 2011).

Anotações de Bogardus apresentam que, ao criar a escala de distância social, o autor considerou as questões raciais discutidas na América durante o período do século XX (BOGARDUS, 1925a). Nessa época, os Estados Unidos receberam imigrantes, principalmente, da Itália, Polônia, Rússia, Áustria – Hungria e outros países do sul e leste da Europa. Logo após, muitos asiáticos passaram a habitar o país e sofreram grande preconceito, as crianças asiáticas não podiam estudar nas mesmas escolas que as crianças americanas e os orientais não podiam possuir terras por mais de três anos. Os japoneses chegaram até a serem declarados “estrangeiros inelegíveis à cidadania”, ou seja, que não poderiam ser naturalizados americanos. A discriminação ocorreu, também, como consequência da primeira guerra mundial e de suas influências no pensamento das pessoas (WARK; GALLIHER, 2007).

As discussões raciais eram constantes e os estrangeiros associados à criminalização. Em meio a tudo isso, acrescenta-se também a questão dos negros que passaram por segregação, principalmente no sul dos Estados Unidos (WARK; GALLIHER, 2007).

Enquanto Bogardus estava estudando sociologia, esses conflitos étnicos estavam ocorrendo, o que propiciou seu interesse pelo tema. Para os sociólogos daquela época, as questões raciais eram consideradas inevitáveis, porém Bogardus foi um dos primeiros profissionais a ir de encontro aos pensadores de sua época. O conceito “distância social” não foi formulado por Bogardus, mas lhe foi apresentado por Robert Park, também sociólogo e

consiste na tentativa de mensurar as notas e graus de compreensão e intimidade que caracterizam as relações pessoais e sociais. Ao contrário disso, o preconceito poderia ser definido como a disposição para manter as distâncias sociais de grupos com o qual não há identificação (WARK; GALLIHER, 2007).

Bogardus iniciou a criação da escala com um estudo que avaliou a antipatia e simpatia por diferentes grupos étnicos. Os participantes da pesquisa foram 248 pessoas, principalmente membros do Departamento de Psicologia Social da universidade em que atuava, os quais classificaram as etnias apresentadas e três grupos: aqueles com os quais tinham sentimentos de aproximação; os que eram indiferentes; e os que geravam sentimentos de antipatia. Apesar de inovador, os resultados dessa pesquisa não revelavam porque certos grupos foram apontados mais vezes como causadores de antipatia (BOGARDUS, 1925a).

Dando continuidade à investigação, Bogardus entendeu que havia necessidade de não somente identificar a existência de desejo de distância social, mas também de classificar o grau desse comportamento com uma medida que parecesse confiável (BOGARDUS, 1925b).

Além disso, o sociólogo notou que a localização geográfica e o ambiente em que as pessoas moram podem influenciar sua vontade de aproximação e que isso não necessariamente está relacionado com a distância espacial existente entre as diferentes pessoas. Por exemplo, Bogardus percebeu que apesar da distância espacial ser maior no meio rural, a distância social era maior no meio urbano devido à separação no estilo de vida entre as pessoas de diferentes condições financeiras (WARK; GALLIHER, 2007).

O instrumento ainda é considerado a ferramenta mais antiga para medir atitudes, e sua popularidade é evidenciada no fato de ter sido traduzido para diversos países, devido sua capacidade de ser utilizado com diferentes faixas etárias, inclusive crianças e pela simplicidade de linguagem (SOARES et al., 2011).

A escala de distância social é definida por conter seis ou sete questões que abordam o interesse em manter relações sociais com o grupo estudado. Trata-se de uma escala cumulativa (escala de Guttman), isso significa que as perguntas seguem uma ordem, do nível de menor intimidade para o de maior intimidade, ou ao contrário. Sendo assim, se a escala está em ordem crescente de intimidade, quando o respondente concorda com um item, também concorda com os itens anteriores. A última questão é caracterizada por ser inversa e ter codificação reversa, portanto, se nas questões anteriores a resposta 1 se referia a um comportamento discordante, na última questão, estará relacionada a um comportamento de concordância (LOCH, 2013).

A escala já foi modificada e utilizada em diferentes contextos. No Espírito Santo, Brasil, foi usada para avaliar o desejo de distância social em relação a grupos específicos (japonês, nigeriano, argentino, aborígine australiano, judeu, alemão, jogador de futebol, esquimó, indígena, muçulmano, punk e norte-americano). O autor não especifica se a escala utilizada foi validada, mas refere ter utilizado seis questões as quais iniciaram do grau de aproximação mais íntimo (casamento) até o de menor intimidade (residir no mesmo país) (PEREIRA et. al, 2002).

Em outro estudo, a *Social Distance Scale* foi utilizada com sete itens para avaliar o desejo de distância social de estudantes de farmácia matriculados em disciplinas eletivas de psiquiatria com relação às pessoas com transtornos mentais. Novamente, não há informação sobre a validação dessa escala (SEATON; PIEL, 2018).

A escala também foi instrumento utilizado em dois estudos na Nigéria. O primeiro tinha o objetivo de investigar o estigma com relação às doenças mentais em uma região de cultura não ocidental (ADEWUYA; MAKNUOLA, 2008). Outro tinha o objetivo de medir o desejo de distância social de estudantes universitários com relação a pessoas com doenças mentais (ADEWUYA; MAKNUOLA, 2005). Ambos utilizaram uma escala que foi validada no Canadá por Stuart e Arboleda-Florez (2001).

Para reafirmar a variedade na cultura e no objeto de estudo na aplicação da *Social Distance Scale*, destacam-se as recentes publicações de pesquisas que utilizaram esse instrumento. Estudo realizado na Croácia para investigar o desejo de distância social em jovens no período pós guerra (SVOB et al. 2016). Outro estudo, foi realizado na Coreia e apresentava como objetivo explorar o desejo de distância social com relação às pessoas com hiperatividade, síndrome de Tórcete e autismo (PARK; LEE; KIM, 2018). No Canadá, o instrumento foi direcionado a profissionais de saúde da atenção primária para que respondessem com relação às pessoas com dependência química e pessoas com esquizofrenia (KHENTI et. al, 2017). Há também um estudo indiano com relação à mulheres acima do peso (BARNED; LIPPS, 2015) e com relação à epilepsia (FRIEDRICH et al., 2015), entre outros.

2.5 Estigma dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde estão propensos a apresentarem estigma com relação à saúde mental da mesma forma que a população geral, por se tratarem de pessoas com suas próprias crenças e experiências pessoais (LOCH, 2013; STULL et al., 2013). Isso foi comprovado em estudo que identificou que o estigma apresentado por psiquiatras é

semelhante ao apresentado pelo público e que suas respostas em 3 das 4 escalas aplicadas estavam próximas ao valor de maior estigma (LOCH, 2013).

A maioria dos estudos está concentrada nos médicos, mais especificamente, nos psiquiatras. Isso ocorre por eles serem representativos de maior conhecimento e proximidade com as pessoas acometidas por doenças mentais (DAMHA et al., 2015; WAHL; AROESTY-COHEN, 2010; STULL et al., 2013).

As atitudes estigmatizantes dos profissionais são classificadas como positivas ou negativas e implícitas e explícitas. As explícitas são expressas externamente, aquelas que podem facilmente ser observadas, já as atitudes implícitas se referem às avaliações que estão fora do controle consciente do indivíduo (STULL et al., 2013).

Em estudo realizado na Polônia, as atitudes de profissionais de saúde, tanto explícitas quanto implícitas, foram positivas. Além disso, os resultados não diferiram do comportamento dos estudantes de medicina considerados na pesquisa (KOPERA, 2014).

Há diferenciação entre o estigma presente entre os profissionais de saúde mental e de outras áreas de atuação, sendo que os profissionais de clínica médica estão mais propensos a terem estigma (REAVLEY et. al, 2014).

Em geral, os profissionais de saúde mental tendem a ter mais atitudes positivas em relação às pessoas com transtornos mentais que profissionais de outras áreas. Isso se justifica pelo maior contato com esses indivíduos (WAHL; AROESTY-COHEN, 2010; STULL et al., 2013). Contudo, entre os profissionais que atuam na área psiquiátrica há diferença de comportamento caso ele lide com psicoses e ambientes de internação. Nestas situações, há uma tendência a maior estigma quando comparados com profissionais que atuam em ambulatórios (HANSSOM et al., 2013; CHIEN; YEUNG; CHAN, 2014).

Quanto à esperança em relação ao prognóstico, observa-se que o conhecimento dos profissionais de saúde mental influencia para uma resposta negativa, pois expressam não terem expectativas de melhora das pessoas em acompanhamento psiquiátrico a longo prazo (HORSFALL; CLEARY; HUNT, 2010).

Outra característica importante é que psiquiatras mais jovens apresentaram maior preconceito percebido e menor estereotipagem positiva. Este dado pode ser justificado pela experiência profissional, uma vez que psiquiatras mais velhos tiveram, ao longo da vida, maior tempo de atuação profissional e maior contato com pessoas com esquizofrenia (LOCH et. al, 2011; HANSSOM et al., 2013; CHIEN; YEUNG; CHAN, 2014).

O desejo de distância social com relação às pessoas com doenças mentais também foi referido como presente entre os profissionais de saúde, mesmo quando houve resultados positivos quanto às atitudes explícitas (REAVLEY et al., 2014; DAMHA et al., 2015).

Há uma aceitação intermediária dos médicos em ter pessoas com transtornos mentais como vizinhos e colegas de trabalho, porém poucos desejam que esses indivíduos convivam em relações mais próximas, como o casamento (ALTINDAG et al., 2006). Isso indica que os profissionais de saúde fazem distinção das relações sociais, e a separação social demonstra o estigma (DAMHA et al., 2015).

O modelo mais completo de descrição dos componentes do processo de estigmatização de um grupo tem quatro componentes principais: rotulação, estereótipo, separação, e perda de valor /discriminação. Pode ocorrer que alguns profissionais tenham separação das pessoas acometidas por doenças mentais, mas não tenham discriminação por elas. Ou seja, ocorre um tratamento positivo no ambiente profissional, apesar de não haver desejo de proximidade (THORNICRAFT, 2006).

Outra hipótese para justificar a divergência entre as atitudes expressas e o desejo de distância social é indicada na literatura como fenômeno desejabilidade social (*“social desirability bias”*), em que questionários com temas polêmicos podem induzir a respostas positivas por parte dos profissionais de saúde, fazendo com que as questões sobre relações sociais tenham valores que não representam os pensamentos reais dos investigados (LOCH, 2013; GRIFFITHS et. al, 2006)

Diferentemente das doenças mentais, a dependência química sofre estigma por ter como característica um “fator moral”, em que os profissionais responsabilizam essas pessoas pelos problemas que estão enfrentando (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009; KRAWCZYK; FILHO; BASTOS, 2015). Os profissionais com maior tendência a apresentarem a moralização da dependência de substâncias são os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009).

Resultados de estudo com médicos e enfermeiros de uma unidade de emergência indicam que ambos apresentam insatisfação ao atenderem pessoas com intoxicação alcoólica. Os profissionais responderam que essas pessoas mereciam ser tratadas com respeito, mas que admitiam não ser essa atitude observada em sua rotina de trabalho (WARREN et al., 2012).

Poucos estudos exploram o desejo de distância social dos profissionais de saúde a usuários de cocaína. Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, pessoas nessas condições

informaram que se sentem ignoradas quando procuram os serviços de saúde. Ainda, identificaram o comportamento de frustração e cinismo por parte dos profissionais e que isso os desestimula a procurar as unidades. Este mesmo estudo revelou que os usuários do estado de São Paulo tiveram uma resposta positiva sobre o atendimento nos serviços de saúde (KRAWCZYK; FILHO; BASTOS, 2015).

Estudo realizado no sudeste brasileiro constatou que os profissionais acreditam que pessoas com dependência de álcool, maconha e cocaína são os mais difíceis de tratar (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009). Esse pensamento colabora para a baixa utilização desses usuários dos serviços de saúde, o que é uma demonstração do isolamento social vivenciado pelas pessoas com dependência química (KRAWCZYK; FILHO; BASTOS, 2015).

Estudo abordou o estigma dos profissionais de saúde de atenção primária com relação às pessoas dependentes de álcool e outras substâncias químicas. De acordo com o estudo, o estigma é causado pelo julgamento moral desse comportamento, sendo visto como algo indesejável (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009). Nesse sentido, há aumento do distanciamento social (SOARES et al., 2011).

2.6 Estratégia Canadense para diminuição do estigma

A Comissão de Saúde Mental do Canadá (MHCC) criou uma iniciativa anti-estigma, chamada “Opening Minds”, estabelecida em 2009, a fim de mudar atitudes e comportamentos de profissionais de saúde canadenses em relação às pessoas com transtorno mental e dependentes de álcool e drogas ilícitas. A “Opening Minds” constitui o maior esforço na história do Canadá para reduzir o estigma e a discriminação associados com os transtornos mentais. Um dos objetivos do programa é fortalecer programas já existentes ao redor do Canadá e avaliar cientificamente a eficácia desses programas para, futuramente, implementarem uma estratégia unificada em todo o país.

O objetivo da “Opening Minds” é de melhorar a compreensão dos prestadores de cuidados de saúde às necessidades das pessoas com transtornos mentais. Nesse cenário, um componente chave do programa está sendo baseado em reuniões educacionais para escutar histórias pessoais e estimular a interação com quem tem experiências com transtorno mental (MHCC, 2015).

A “Opening Minds” aborda o estigma dentro de quatro grupos-alvo principais: os prestadores de cuidados de saúde, os jovens, a força de trabalho e os meios de comunicação.

Entre os jovens, há estímulo para que haja diálogo abertamente e de forma positiva sobre transtornos mentais, gerando-se, dessa forma, um espaço no qual as pessoas acometidas por transtornos mentais se sentem acolhidas para buscar ajuda e permanecerem no tratamento (MHCC, 2015).

Para implementar a estratégia no Canadá, a Comissão de Saúde Mental do Canadá formulou e utilizou diversas escalas validadas, uma delas, a *Social Distance Scale* de Bogardus modificada para os domínios de esquizofrenia e dependência de heroína.

Resultados da intervenção demonstraram que a utilização da escala foi eficiente no objetivo de investigação do desejo de distância social entre os profissionais de saúde (MHCC, 2015; KHENTI et al., 2017).

2.7 Processo de Adaptação Cultural

O processo de adaptação cultural consiste na modificação de um instrumento de medida previamente validado em outra cultura para o idioma o qual se pretende estudar (BEATON et al., 2000). Para atingir o objetivo de manter a equivalência do conteúdo do instrumento após adaptá-lo para outro idioma, GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON (1993) sugere cinco passos a serem seguidos:

2.7.1 Tradução

Trata-se de traduzir a escala original para o idioma em que se está realizando o estudo com o objetivo de preservar o significado de cada item entre as duas línguas e manter a integridade do instrumento de medida. Apresenta qualidade muito melhor quando feita por, no mínimo, 2 tradutores. Isso permite verificar se há diferença na interpretação de termos específicos. É aconselhável que apenas um dos tradutores saiba dos objetivos do estudo para que ele auxilie nos termos técnicos a serem utilizados. Enquanto o outro, terá uma compreensão representativa da população geral.

Após, é feita uma síntese das diferentes traduções, resultando em uma única tradução que será utilizada no estudo.

2.7.2 Revisão da tradução por Comitê de Juízes

O comitê de juízes é responsável por identificar se o instrumento traduzido para o idioma alvo preserva a replicabilidade da medida. Isso é feito através da comparação entre o

instrumento original e a versão alvo. Esse comitê deve ser composto por pessoas preferencialmente bilíngues, que podem ser profissionais da saúde, pesquisadores que conhecem a metodologia do estudo, pessoas representativas da população-alvo e especialistas nos conceitos investigados. A literatura não define a quantidade de participantes necessários nesta fase, porém há consenso entre os pesquisadores na utilização de um número ímpar de membros para não haver mesmo número de divergências em um item (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON, 2000; FERRER, 1996)

Os membros do comitê de juízes devem verificar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Eles têm autonomia para modificar, incluir ou eliminar itens considerados irrelevantes, inadequados e ambíguos da escala, adequando às condições da cultura-alvo, mantendo os conceitos gerais dos itens eliminados, realizar críticas e até solicitar a repetição das etapas anteriores.

Nesta fase são observadas as seguintes características:

Equivalência semântica – Observa-se se as palavras permanecem com mesmo significado do instrumento original e se há algum item com termos ambivalentes.

Equivalência idiomática – Deve-se ficar atento a termos coloquiais do idioma de origem da escala, se há uma tradução equivalente para a língua alvo.

Equivalência cultural – Observa-se os itens com conteúdo específico de experiências culturais vivenciadas em cada região ou país. Caso haja essas expressões ou palavras, o comitê de juízes é responsável por sugerir a alteração para aproximação da cultura do idioma alvo.

Equivalência conceitual – Algumas palavras podem ter significados conceituais diferentes quando comparados o país de origem da escala e o país alvo de estudo.

2.7.3 Retrotradução (back-translation)

Nesta fase, o instrumento é novamente traduzido para o idioma original. Esse processo é necessário para verificar se o resultado da tradução manteve o conteúdo inicial. Além disso, essa fase auxilia a esclarecer redações confusas e aumenta a qualidade do instrumento final. Para melhor obtenção dos objetivos, é aconselhável no mínimo dois tradutores sejam nativos na língua de origem do instrumento e não possuam conhecimento dos objetivos e dos conceitos envolvidos no estudo e nem tenham tido contato com a escala original.

2.7.4 Pré-teste

É a fase final de adaptação cultural, que apresenta como objetivo comparar a versão original do instrumento com a versão adaptada, a fim de confirmar a equivalência, clareza, compreensão, tempo de aplicação, linguagem e aplicabilidade do instrumento adaptado. Pode ser realizada por pessoas bilíngues ou por amostra da população-alvo (de 30 a 40 participantes). Os participantes respondem cada um dos itens do questionário e depois comentam com o pesquisador sobre cada item, para verificar se houve dúvidas. Caso haja dificuldades de entendimento em algum item da escala, poderá ser feita uma nova avaliação pelo comitê de juízes (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

2.7.5 Ponderação dos escores

Os dados resultantes da aplicação da escala na fase pré-teste da pesquisa devem ser codificados e digitados em planilhas para posterior análise em programa estatístico.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Adaptar culturalmente para brasileiros a “*Social Distance Scale*”.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a validade de face da versão adaptada da “*Social Distance Scale*”.
- Avaliar a validade de conteúdo da versão adaptada da “*Social Distance Scale*”.

MATERIAL E MÉTODO

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo metodológico com delineamento transversal e, para atingir os objetivos de validação de face e de conteúdo, foram feitos os processos da adaptação cultural seguindo o referencial de Ferrer (1996) e Guillemin; Bombardier; Beaton (1993).

A **validade de face ou aparente** trata de um julgamento empírico, feito por, no mínimo, duas pessoas que avaliam a pertinência, a clareza e a ausência de termos ambíguos dos itens do instrumento (MARTINS, 2006).

A **validade de conteúdo** é um julgamento empírico e deve ser feito por dois juízes, no mínimo, que avaliam a relevância de cada item do instrumento (PASQUALI, 2009). Nessa etapa, as questões são verificadas com o intuito de averiguar se o conteúdo estudado (estigma) realmente tem seus componentes e dimensões abordados na escala (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto para autorização para realização do estudo (ANEXO A). Após ser aprovado pela Secretaria, o projeto foi submetido para aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e obteve parecer satisfatório (ANEXO B).

Os participantes do estudo foram convidados pessoalmente ou por email. A pesquisadora forneceu orientações sobre o objetivo do estudo e esclareceu que as informações pessoais seriam preservadas, mantendo o anonimato e sigilo de cada um deles. Também foi esclarecido que todos os participantes poderiam deixar o estudo a qualquer momento durante a aplicação da pesquisa, sem que isso acarretasse danos para o eles. Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

4.3 Permissão do autor para utilização da escala

O instrumento original é considerado de domínio público. Dessa forma, não é necessária a autorização do autor para sua utilização no Brasil. Apesar disso, foi feito contato

com os responsáveis da aplicação do instrumento no Canadá CAMH, os quais apoiaram a continuidade deste estudo, conforme demonstrado em ANEXO C.

4.4 Local e participantes do estudo

Os participantes do estudo para cada fase de validação foram: 1) pessoas bilíngues que contribuíram para tradução da escala para o português; 2) profissionais da área da saúde que contribuíram para a avaliação da síntese das traduções anteriores; 3) americanos que estavam residindo no Brasil no período da pesquisa para a fase retrotradução; 4) profissionais da área de saúde nos níveis auxiliar, técnico e superior que contribuíram na fase pré-teste.

Na fase do pré-teste, o estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto em instituições da Atenção Primária de Saúde. A coleta de dados foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região oeste de Ribeirão Preto. A região oeste foi escolhida por questão de logística, sendo mais próxima do local de estudo do grupo de pesquisa.

Optou-se pelas unidades de saúde de Atenção Primária à Saúde (APS) por serem o primeiro acesso do usuário ao serviço de saúde, fornecendo atendimento para pessoas de diferentes idades e com diferentes tipos de queixa, bem como no investimento à prevenção de doenças e não somente no tratamento. Os profissionais de saúde que atuam nessas unidades têm contato com usuários de diferentes faixas etárias e com queixas distintas, logo têm que estar preparados para lidarem com todos os tipos de questões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Outro fator contribuinte para essa escolha foi a intenção de seguir o modelo utilizado pelo programa CAMH, que realizou seu estudo na atenção primária. Entre as unidades de APS, priorizou-se as UBS por conterem maior número de profissionais, facilitando o alcance da amostra necessária para este estudo.

As unidades escolhidas foram comunicadas sobre o estudo por meio de conversas por telefone e pessoalmente com seus respectivos gerentes. Após autorização dos responsáveis pelas unidades, foram agendados as datas e horários para a pesquisa.

4.5 Tradução da Social Distance Scale

As traduções dos dois domínios da versão original (VO) da escala em inglês (ANEXO D) foram feitas do inglês para o português, por três tradutores independentes nativos da língua-alvo, e com diferentes áreas de atuação profissional.

4.6 Comitê de Juízes

Os membros do comitê de juízes foram convidados a participarem do estudo por email (APÊNDICE A) e receberam anexo o TCLE (APÊNDICE B) e um instrumento contendo a Versão Original da escala e a versão traduzida para o português (TE4 e TD4). Esse instrumento foi construído conforme modelo adaptado de Lino (1999) e permitiu aos juízes avaliarem se houve equivalências semânticas e idiomáticas para cada item. No instrumento, o participante poderia assinalar -1 caso a versão em português não fosse equivalente ao inglês; 0 caso estivesse indeciso sobre a equivalência com a versão original e +1 caso o item analisado fosse equivalente ao item original (APÊNDICE C).

4.7 Retrotradução

Para esta fase, os tradutores foram pessoas nascidas nos Estados Unidos os quais residiam no Brasil há cerca de um ano até o momento do estudo.

4.8 Pré-Teste

Nesta fase, o instrumento resultante das etapas anteriores foi modificado para melhor adequação à cultura brasileira. O termo “heroína” foi substituído por “cocaína”, por se tratar de droga mais utilizada no país.

O questionário foi aplicado a todos que aceitaram participar e assinaram o TCLE (APÊNDICE D), juntamente com um instrumento sócio demográfico (APÊNDICE E). O objetivo dessa fase foi a verificação da compreensão que as pessoas tinham a respeito de cada item contido na escala. A amostra foi de 40 pessoas da população alvo (profissionais da saúde). O instrumento foi entregue para que cada participante respondesse individualmente, mas o pesquisador responsável permaneceu em local próximo à disposição para esclarecimentos. Após o preenchimento do instrumento, os participantes foram questionados sobre dúvidas e comentários de melhorias na escala.

4.9 Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos na fase pré-teste foram duplamente digitados em planilha do Excel e passaram por processamento e análise no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Windows.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados relacionados ao processo de adaptação cultural da Social Distance Scale

5.1.1 Tradução da *Social Distance Scale* para o português brasileiro

As traduções dos dois domínios da escala foram feitas do inglês para o português, por três tradutores independentes nativos da língua-alvo, o português, e com diferentes áreas de atuação profissional. O responsável pela primeira versão traduzida (T1) atua como professor de inglês em uma escola de idiomas no município de Limeira- SP; o segundo tem formação em enfermagem e atua como pesquisador na universidade de São Paulo (T2); o terceiro (T3), professor doutor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, era o único que conhecia os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos.

As versões em português feitas por cada tradutor estão apresentadas no quadro 1 e 2 respectivamente para os domínios esquizofrenia e dependência de cocaína, com a identificação de TE para esquizofrenia e TD para dependência de heroína, sendo a numeração 1, 2 e 3 relacionada aos autores de cada versão.

Os quadros 1 e 2 também apresentam, respectivamente, TE4 e TD4, os quais fazem parte da versão portuguesa construída após síntese das traduções anteriores.

Quadro 1. Traduções da escala original em inglês para o português no domínio esquizofrenia

TE1	TE2	TE3	TE4
1. Você se sentiria constrangido se as pessoas soubessem que alguém da sua família tem esquizofrenia?	1. Você se sentiria envergonhado se soubessem que alguém de sua família tem esquizofrenia?	1. Você se sentiria envergonhado se as pessoas soubessem que alguém de sua família é esquizofrênico?	1. Você se sentiria envergonhado se as pessoas soubessem que alguém na sua família tem esquizofrenia?
2. Você teria medo de conversar com alguém com esquizofrenia?	2. Você ficaria com medo de conversar com alguém com esquizofrenia?	2. Você sentiria medo de conversar com alguém com esquizofrenia?	2. Você teria medo de conversar com alguém com esquizofrenia?
3. Você ficaria incomodado em trabalhar no mesmo emprego que alguém com esquizofrenia?	3. Você se perturbaria de trabalhar junto com alguém com esquizofrenia?	3. Você se sentiria incomodado em trabalhar no mesmo lugar com alguém com esquizofrenia?	3. Você ficaria incomodado em trabalhar no mesmo emprego com alguém com esquizofrenia?
4. Você seria incapaz de manter amizade com alguém com	4. Você seria amigo de alguém com	4. Você não conseguiria manter uma amizade com	4. Você seria incapaz de manter amizade com alguém com

esquizofrenia?	esquizofrenia?	alguém com esquizofrenia?	esquizofrenia?
5. Você se sentiria chateado ou incomodado em compartilhar uma sala com alguém com esquizofrenia?	5. Você se perturbaria ou ficaria incomodado em estar na mesma sala que alguém com esquizofrenia?	5. Você se sentiria triste ou incomodado em dividir um quarto com alguém com esquizofrenia?	5. Você se sentiria chateado ou incomodado em dividir um quarto com alguém com esquizofrenia?
6. Você se casaria com alguém com esquizofrenia?	6. Você se casaria com alguém com esquizofrenia?	6. Você se casaria com alguém com esquizofrenia?	6. Você se casaria com alguém com esquizofrenia?

Quadro 2. Traduções da escala original em inglês para o português no domínio dependência de heroína

TD1	TD2	TD3	TD4
1. Você se sentiria constrangido se as pessoas soubessem que alguém da sua família tem dependência de heroína?	1. Você se sentiria envergonhado se você soubesse que alguém de sua família tem dependência de?	1. Você se sentiria envergonhado se as pessoas soubessem que alguém de sua família é dependente de heroína?	1. Você se sentiria envergonhado se as pessoas soubessem que alguém na sua família tem dependência de heroína?
2. Você teria medo de conversar com alguém com dependência de heroína?	2. Você ficaria com medo de conversar com alguém com dependência de heroína?	2. Você teria medo de conversar com alguém que é dependente de heroína?	2. Você teria medo de conversar com alguém com dependência de heroína?
3. Você ficaria incomodado em trabalhar no mesmo emprego que alguém com dependência de heroína?	3. Você se perturbaria de trabalhar junto com alguém que tenha dependência de heroína?	3. Você se incomodaria em trabalhar com alguém que é dependente de heroína?	3. Você ficaria incomodado em trabalhar no mesmo emprego com alguém com dependência de heroína?
4. Você seria incapaz de manter amizade com alguém com dependência de heroína?	4. Você manteria amizade com alguém que tenha dependência de heroína?	4. Você não conseguiria manter uma amizade com alguém dependente de heroína?	4. Você seria incapaz de manter amizade com alguém com dependência de heroína?
5. Você se sentiria chateado ou incomodado em compartilhar uma sala com alguém com dependência de heroína?	5. Você se incomodaria ou se perturbaria de dividir a sala com alguém que tenha dependência de heroína?	5. Você se sentiria triste ou incomodado em dividir um quarto com alguém dependente de heroína?	5. Você se sentiria chateado ou incomodado em dividir um quarto com alguém com dependência de heroína?

6. Você se casaria com alguém com dependência de heroína?	6. Você se casaria com alguém que tenha dependência de heroína?	6. Você se casaria com alguém dependente de heroína?	6. Você se casaria com alguém com dependência de heroína?
---	---	--	--

Os quadros 3 e 4 apresentam a versão original em inglês para cada domínio ao lado da versão traduzida síntese (TE4 e TD4) para melhor comparação dos termos utilizados.

Quadro 3. Comparação da versão original em inglês com a síntese das traduções para o domínio esquizofrenia

Versão Original – Esquizofrenia	TE4
1. Would you feel ashamed if people knew someone in your Family has schizophrenia?	Você se sentiria envergonhado se as pessoas soubessem que alguém na sua família tem esquizofrenia?
2. Would you be afraid to have a conversation with someone with schizophrenia?	Você teria medo de conversar com alguém com esquizofrenia?
3. Would you be disturbed about working on the same job with someone with schizophrenia?	Você ficaria incomodado em trabalhar no mesmo emprego com alguém com esquizofrenia?
4. Would you be unable to maintain friendship with someone with schizophrenia?	Você seria incapaz de manter amizade com alguém com esquizofrenia?
5. Would you be upset or disturbed about sharing a room with someone with schizophrenia?	Você se sentiria chateado ou incomodado em dividir um quarto com alguém com esquizofrenia?
6. Would you marry someone with schizophrenia?	Você se casaria com alguém com esquizofrenia?

Quadro 4. Comparação da versão original em inglês com a síntese das traduções para o domínio dependência de heroína

Versão Original – Dependência de Heroína	TD4
1. Would you feel ashamed if people knew someone in your Family has heroin dependence?	1. Você se sentiria envergonhado se as pessoas soubessem que alguém na sua família tem dependência de heroína?
2. Would you be afraid to have a conversation with someone with heroin dependence?	2. Você teria medo de conversar com alguém com dependência de heroína?
3. Would you be disturbed about working on the same job with someone with heroin dependence?	3. Você ficaria incomodado em trabalhar no mesmo emprego com alguém com dependência de heroína?
4. Would you be unable to maintain friendship with someone with heroin dependence?	4. Você seria incapaz de manter amizade com alguém com dependência de heroína?
5. Would you be upset or disturbed about sharing a room with someone with heroin dependence?	5. Você se sentiria chateado ou incomodado em dividir um quarto com alguém com dependência de heroína?
6. Would you marry someone with heroin	6. Você se casaria com alguém com dependência

dependence?	de heroína?
-------------	-------------

Para a construção de TE4 e TD4, o grupo de pesquisa se reuniu e analisou cada item das três versões anteriores (T1, T2 e T3), considerando para a composição as palavras que se repetiram. Por exemplo, na questão 1 em que a palavra “*ashamed*” foi traduzida como “*constrangido*” por T1 e como “*envergonhado*” pelos tradutores T2 e T3, foi considerado o termo que mais apareceu (envergonhado) para a versão português de síntese.

Nos casos em que não houve repetição de termos, o grupo de pesquisa refletiu sobre qual palavra das versões traduzidas mais se aproximava do conceito utilizado na versão original, considerando também o contexto brasileiro. Isso ocorreu na questão 2 da escala, em que não houve consenso para a tradução do termo “*Would you be afraid*”, o qual foi traduzido como “Você teria medo” (T1), “Você ficaria com medo” (T2) e “Você sentiria medo”. Neste caso, os pesquisadores decidiram utilizar a expressão “você teria medo” por considerarem que se adequa melhor ao fenômeno estudado.

Um incidente intrigante ocorreu na tradução do item 4 da escala, em que o T2 mudou o sentido da frase durante sua tradução. O significado da frase em inglês se refere a um comportamento negativo (não manter amizade), enquanto a tradução feita por T2 se refere a um comportamento positivo (manter amizade). Ressalta-se que a utilização da frase dessa forma influenciaria a codificação dos escores e poderia alterar o conceito da versão original da escala (ANEXO D).

Sobre a diferença entre o conhecimento dos tradutores a respeito do objetivo do estudo, não houve variedade significativa na tradução das sentenças. Contudo, observa-se que o T3, conhecedor dos propósitos da pesquisa, traduziu a expressão “*heroin dependence*” como “dependente de heroína”, diferentemente dos demais que empregaram como “dependência de heroína”.

5.1.2 Avaliação do Comitê de Juízes

Nesta fase, cinco pessoas bilíngues foram convidadas a participar do processo de avaliação dos dois domínios da escala resultantes da fase anterior (TE4 e TD4), comparando-os com a versão original. Considerou-se importante um número ímpar de pessoas para não haver mesma quantidade de discordância em um determinado item do instrumento.

O Comitê de Juízes foi composto por 2 enfermeiras cursando pós-graduação (mestrado) na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1 enfermeira cursando

doutorado na Faculdade de Medicina da USP, 1 enfermeira que atua em um hospital de Campinas e 1 psicóloga cursando mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Apenas um dos membros conhecia os objetivos do estudo.

Com relação à avaliação da escala, os itens 1, 2, 3, 4 e 6 foram considerados, por todos os membros do comitê de juízes, como equivalentes (+1) à versão original. A questão 5 foi avaliada como equivalente por 3 dos juízes, contudo, 2 deles responderam estar indecisos (0) quanto a equivalência semântica da questão traduzida.

Um dos julgamentos feitos é de que a palavra "Room" da versão original poderia significar um aposento ou cômodo qualquer da casa, não somente um quarto, como foi apresentado na versão português síntese.

O outro juiz opinou a respeito do termo "*Would you be*" o qual considerou que poderia ser mais bem traduzido para "você ficaria" ao invés de "você se sentiria".

Em virtude da concordância para cada alteração sugerida ser de apenas 20%, não houve modificação do item 5 da escala. Contudo, os pesquisadores decidiram aguardar o resultado da fase retrotradução para analisarem novamente as sugestões feitas.

5.1.3 Retrotradução

Neste momento do estudo, os tradutores foram três pessoas nascidas nos Estados Unidos que residiam no Brasil há cerca de um ano até o momento da pesquisa. Eles foram responsáveis por traduzir a versão português TE4 e TD4 para o inglês. Foram obtidas as três versões em inglês VI1, VI2 e VI3 para o domínio esquizofrenia, e VH1, VH2, VH3 para o domínio dependência de heroína.

A tabela 1 e 2 mostram as 3 versões resultantes da retrotradução, comparando-as com a escala original. Há destaque para os termos que divergiram entre eles.

Tabela 1. Comparação das versões resultantes da retrotradução com a versão original em inglês no domínio esquizofrenia

VI1	VI2	VI3	Versão Original Inglês
1. Would you feel ashamed if people knew that someone in your family has schizophrenia?	1. Would you feel embarrassed if people knew that someone in your family had schizophrenia?	1. Would you feel embarrassed if people knew that someone in your family had schizophrenia?	1. Would you feel ashamed if people knew someone in your Family has schizophrenia?
2. Would you be afraid	2. Would you be afraid	2. Would you be afraid	2. Would you be

to talk with someone with schizophrenia?	to talk with someone with schizophrenia?	to talk to someone with schizophrenia?	afraid to have a conversation with someone with schizophrenia?
3. Would you be troubled to work at the same job with someone with schizophrenia?	3. Would you be uncomfortable working with in the same job as someone with schizophrenia?	3. Would it be incommodated for you to work at the same place as someone who has schizophrenia?	3. Would you be disturbed about working on the same job with someone with schizophrenia?
4. Would you be unable to maintain a friendship with someone with schizophrenia?	4. Would you be unable to maintain friendship with someone with schizophrenia?	4. Would you feel incapable of maintaining a friendship with someone who has schizophrenia?	4. Would you be unable to maintain friendship with someone with schizophrenia?
5. Would you be upset or unable to share a room with someone with schizophrenia?	5. Would you be annoyed or uncomfortable with sharing a room with someone with schizophrenia?	5. Would you feel annoyed or incommodated to share a room with someone who has schizophrenia?	5. Would you be upset or disturbed about sharing a room with someone with schizophrenia?
6. Would you marry someone with schizophrenia?	6. Would you marry someone with schizophrenia?	6. Would you marry someone who has schizophrenia?	6. Would you marry someone with schizophrenia?

Tabela 2. Comparação das versões resultantes da retrotradução com a versão original em inglês no domínio dependência de heroína

VI1	VI2	VI3	Versão Original Inglês
1. Would you feel ashamed if people knew that someone in your family has heroin addiction ?	1. Would you feel embarrassed if people knew that someone in your family had heroin dependence ?	1. Would you feel embarrassed if people knew that someone in your family had an addiction to heroin ?	1. Would you feel ashamed if people knew someone in your Family has heroin dependence ?
2. Would you be afraid to talk with someone with heroin addiction ?	2. Would you be afraid to talk with someone with heroin dependence ?	2. Would you be afraid to talk to someone with an addiction to heroin ?	2. Would you be afraid to have a conversation with someone with heroin dependence ?
3. Would you be troubled to work at the	3. Would you be uncomfortable	3. Would it be incommodating for you	3. Would you be disturbed about

same job with someone with heroin addiction ?	working with in the same job as someone with heroin dependence ?	to work at the same place as someone who has an addiction to heroin ?	working on the same job with someone with heroin dependence ?
4. Would you be unable to maintain a friendship with someone with heroin addiction ?	4. Would you be unable to maintain friendship with someone with heroin dependence ?	4. Would you feel incapable of maintaining a friendship with someone who has an addiction to heroin ?	4. Would you be unable to maintain friendship with someone with heroin dependence ?
5. Would you be upset or unable to share a room with someone with heroin addiction ?	5. Would you be annoyed by or uncomfortable with sharing a room with someone with heroin dependence ?	5. Would you feel annoyed or incomedated to share a room with someone who has an addiction to heroin ?	5. Would you be upset or disturbed about sharing a room with someone with heroin dependence ?
6. Would you marry someone with heroin addiction ?	6. Would you marry someone with heroin dependence ?	6. Would you marry someone who has an addiction to heroin ?	6. Would you marry someone with heroin dependence ?

O grupo de pesquisa analisou cada um dos itens da escala original em conjunto com as três versões em inglês. Em relação aos verbos e forma de construção das sentenças, as questões 4 e 6 foram traduzidas novamente para o inglês da mesma forma que a versão original. Contudo, houve alteração em algumas palavras contidas em outros itens.

No item 1, o primeiro tradutor utilizou o mesmo termo da versão original “ashamed”, enquanto os outros dois, utilizaram o termo “embarrassed”. Observou-se que os termos utilizados são sinônimos e que uma das versões em inglês contemplou a equivalência do original, portanto o grupo de pesquisa decidiu manter essa questão sem alterações.

Na questão 2, todos os tradutores utilizaram o mesmo verbo “to talk”, ao passo que na versão original foi utilizado “to have a conversation”. O mesmo ocorreu com o verbo “to disturb” utilizado nos itens 3 e 5, o termo foi traduzido como incomodar na versão português, entretanto, na retrotradução apareceram as palavras “unable”, “uncomfortable” e “incomedated”. Nos dois casos, após profunda discussão, a maioria dos pesquisadores entendeu que as diferenças nesses itens não prejudicaria a equivalência idiomática e conceitual da versão em português, pois na retrotradução, os termos utilizados eram sinônimos das palavras utilizadas na versão original em inglês. Essa escolha foi embasada em Guillemín; Bombardier; Beaton (1993) que classifica como comum algumas divergências na utilização de diferentes termos com mesmo significado.

O item 5 passou por verificação quanto aos comentários feitos pelo comitê de juízes. Na retrotradução, a expressão “would you be” e a palavra “room”, apontadas como motivo de indecisão na etapa anterior, foram traduzidas novamente para o inglês de forma idêntica a versão original em inglês, demonstrando que a equivalência semântica foi mantida.

No tocante aos grupos de estudo, ressalta-se o aparecimento da palavra “addiction”, utilizada por 2 dos tradutores no domínio referente a dependência de heroína. Os tradutores interpretaram “dependência” como “addiction”, cujo significado literal é vício. Ao examinar esse conteúdo, os pesquisadores indagaram a possibilidade de essa ocorrência ser uma demonstração inicial da presença do fenômeno estudado: o estigma.

5.1.4 Alteração do domínio “dependência de heroína” para “dependência de cocaína”

Antes da aplicação do instrumento resultante das etapas anteriores na fase pré-teste, a pesquisadora decidiu substituir o objeto de estudo heroína por cocaína. Os fatores considerados para essa alteração estão descritos no tópico referencial teórico e priorizaram as características geográficas e culturais do Brasil.

Observa-se na literatura que a heroína tem baixo índice de utilização entre os brasileiros (LARANJEIRA et al., 2014), o que faz com que seu impacto na cultura norte americana, em que a escala foi originalmente validada, seja muito maior que no Brasil (HELMERHORST et al., 2017). Atualmente, a droga que tem repercussão semelhante na cultura brasileira, de acordo com a literatura, é a cocaína (LARANJEIRA et al., 2014).

Dessa forma, para contextualização da pesquisa, houve consenso entre os pesquisadores na utilização da droga cocaína para investigação da temática estigma entre os profissionais de saúde no Brasil.

Essa alteração está de acordo com o objetivo de manter a equivalência conceitual da escala. Beaton et. al (2000) descrevem que algumas palavras carregam uma diferença de conceito em seu significado devido às diferenças culturais dos países envolvidos na adaptação cultural de uma escala.

O instrumento contendo essa modificação foi nomeado de versão português final (VPF) e contém os domínios esquizofrenia e dependência de cocaína (ANEXO E).

5.1.5 Pré-Teste

O Instrumento resultante das fases anteriores (VPF) foi aplicado a 40 profissionais de 5 Unidades Básicas de saúde da região oeste de Ribeirão Preto. A nomenclatura escolhida para referi-las foi UBS 1, UBS 2, UBS 3, UBS 4 e UBS 5.

Em conjunto com o instrumento, os participantes receberam um questionário para a caracterização sociodemográfica (APÊNDICE D) e foram orientados quanto aos objetivos do estudo.

Os participantes foram abordados individualmente, enquanto não estavam em horário de atendimento. Foram entregues os questionários e a pesquisadora se colocou à disposição para esclarecimento de dúvidas; em alguns casos, se manteve presente durante o preenchimento, em outros, ficou em local próximo, conforme preferência do participante.

As respostas no questionário sociodemográfico permitiram constatar que a maioria dos participantes eram do sexo feminino (77,5%). Quanto à idade, 23% estavam com idade entre 28 e 38 anos, 38,5% tinham entre 39 e 49 anos e 38,5% tinham 50 anos ou mais. A média de idade foi de 47 anos, com o menor valor de 28 anos e maior idade de 67 anos.

A maioria dos profissionais que responderam o questionário faz parte da equipe de enfermagem: 42,5% auxiliares de enfermagem, 15% enfermeiros e 12,5% técnicos de enfermagem. O profissional de menor representatividade foi o dentista, com apenas um respondente (2,5%). Ressalta-se que todos os médicos que participaram do estudo (7,5%) atuavam como pediatras nas unidades visitadas.

Quando investigado o tempo de formação, a maior parte dos profissionais (48,6%) responderam estarem formados entre 10 a 19 anos, 35,2% estão formados há 20 anos ou mais e apenas 16,2 estão formados há menos de 9 anos, sendo o menor tempo de formação de 5 anos. A média do tempo de formação foi de 19 anos.

Os valores do tempo de atuação profissional foram próximos ao tempo de formação com média de 19 anos, sendo o valor mínimo de 4 anos e o maior valor de 48 anos.

De todos os participantes, 42,5% referiram ter cursado alguma especialização na área de saúde.

A UBS 2 teve maior representatividade de participação, com 31,5% dos entrevistados. A média de tempo de atuação na unidade foi de 7 anos. Ainda, 73,7% dos participantes responderam que atuavam de 2 meses até 9 anos; no período de 10 a 19 anos, a resposta foi de 15,8%, e apenas 10,5% estavam na unidade há 20 anos ou mais.

Sobre a aproximação dos entrevistados com os grupos estudados, 76,9% dos profissionais afirmaram conhecer alguém com esquizofrenia, enquanto 64,1% afirmaram conhecer alguém com dependência de cocaína.

A tabela 3 sintetiza as características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Tabela 3. Síntese das características sociodemográficas dos participantes do estudo

CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES	% DOS RESPONDENTES N=40
Gênero	
Feminino	77,5
Masculino	22,5
Idade	
28 – 38 anos	23
39 - 49 anos	38,5
50 anos ou mais anos	38,5
Profissão	
Médico pediatra	7,5
Enfermeiro	15
Técnico de enfermagem	12,5
Auxiliar de enfermagem	42,5
Dentista	2,5
Auxiliar de saúde bucal	5
Farmacêutico	7,5
Auxiliar de farmácia	7,5
Tempo de Formação	
5 – 9 anos	16,2
10 – 19 anos	48,6
20 ou mais anos	35,2
Tempo de Atuação Profissional	
4 – 9 anos	12,8
10 – 19 anos	46,2
20 ou mais anos	41
Especialidade	
Sim	42,5
Não	57,5
Unidades de Saúde	
UBS 1	23,7
UBS 2	31,5
UBS 3	15,8
UBS 4	13,2
UBS 5	15,8
Tempo de Atuação na Unidade	
2meses - 9 anos	73,7
10 – 19 anos	15,8

20 anos ou mais	10,5
Conhece alguém com esquizofrenia	
Sim	76,9
Não	23,1
Conhece alguém com Dependência de Cocaína	
Sim	64,1
Não	35,9

Tabela 4. Média e mediana das variáveis das características sociodemográficas dos participantes do estudo

Variável	Mediana (Intervalo)	Média (Desvio Padrão)
Idade	46,0 (28,4 – 67,5)	47,1 (10,1)
Tempo de Formação	18 (5 – 40)	19,1 (8,6)
Tempo de Atuação Profissional	13,7 (4 – 48)	19,3 (10,2)
Tempo de Atuação na Unidade	4,7 (0,16 – 28)	7,0 (7,9)

Após aplicação do instrumento, os participantes foram interrogados se houve dificuldade de compreensão de algum item da escala. A maioria dos respondentes concordou que os itens estavam claros e coerentes com o tema desejo de distância social. Entretanto, alguns profissionais manifestaram incômodo pelo fato da escala conter questões relacionadas ao âmbito pessoal e não somente profissional. Muitos relataram que a pergunta 6 que se refere a casamento é muito íntima, argumentando que as escolhas pessoais de aproximação não iriam interferir na conduta profissional dentro da unidade de saúde.

Quatro dos entrevistados referiram que foi necessário ler a questão 3 mais de uma vez, contudo afirmaram que foi possível compreendê-la e que ela segue uma sequência lógica em relação às questões anteriores.

Alguns dos profissionais, após preencherem o questionário, demonstraram interesse em dialogar sobre o tema e informaram nunca terem pensado nessas questões anteriormente. Além disso, um dos entrevistados relatou ter dois filhos com dependência de cocaína e que gostaria de apoio para o enfrentamento dessa dificuldade.

5.1.6 Confiabilidade da escala

Foi calculado o valor alfa de Cronbach apresentado na tabela a seguir.

Tabela 5. Resultados α de Cronbah

Escala de distância social	α de Cronbah
Escala de distância social relacionada a esquizofrenia	0,69
Escala de distância social relacionada a dependência de cocaína	0,62

6 DISCUSSÃO

Este estudo apresentou como finalidade adaptar culturalmente para brasileiros a Escala de Distância Social de Bogardus adaptada para os grupos esquizofrenia e dependência química. Para atingir seus objetivos, teve como embasamento teórico os procedimentos metodológicos de Ferrer (1996) e Guillemin; Bombardier; Beaton (1993).

Durante o processo de tradução e retrotradução, diferentes palavras com significados semelhantes foram utilizadas pelos tradutores. Esse acontecimento é comum e é apropriado que cada palavra seja minuciosamente avaliada para que a equivalência semântica e conceitual seja mantida para a próxima fase (MACIEL; VARGAS, 2017).

Na fase de avaliação do Comitê de Juízes, duas indagações pertinentes foram feitas. Um dos juízes manifestou incômodo com a utilização do termo quarto para a tradução de “room”. Como a escala é construída no sentido crescente de grau de intimidade, se fosse aplicada a palavra cômodo ou sala, como sugerido, essa ordem de aproximação seria alterada, pois a pergunta anterior se referia a manter amizade. Na análise do grupo de pesquisa, um amigo estaria muito propenso a dividir uma sala com a outra pessoa, mas não necessariamente um quarto. Contudo, a decisão de manter a palavra “quarto” só foi efetivada após os resultados da retrotradução, pois todos os tradutores utilizaram novamente o termo “room”.

O aparecimento do termo “*addiction*” na retrotradução por dois dos tradutores é significativo. Houve uma mudança na quinta versão do “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” com relação à nomenclatura de alguns diagnósticos presentes no DSM IV. Atualmente, considerou-se que há diferença entre o comportamento de dependência e vício. O termo “*dependence*” é usado quando há uma resposta fisiológica normal de necessidade, a “dependência física”; a palavra “*addiction*” se refere a um vício comportamental (O'BRIEN, 2010).

Foi necessário mudar a droga heroína por cocaína para melhor identificação cultural brasileira. Optou-se por essa droga por seu impacto cultural e econômico ser semelhante aos da heroína nos países norte americanos. Essa adequação de objeto de estudo é necessária e foi realizada em outros estudos que utilizaram a “*Social Distance Scale*” de Bogardus (PARK; LEE; KIM, 2018; FRIEDRICH et al., 2015; BARNED; LIPPS, 2015; ADEWUYA; MAKNUOLA, 2005).

Os resultados demonstram que a escala apresenta boa consistência interna para os domínios esquizofrenia e dependência de cocaína, α de Cronbach = 0,69 e 0,62 respectivamente. A consistência interna verifica se os itens do instrumento são homogêneos e o alfa de Cronbach é a média de todos os coeficientes de correlação. Os índices de

consistência interna variam de zero a um e, quanto mais alto o coeficiente, mais exata é a medida (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Sobre a aplicação dos questionários na fase pré-teste, os participantes relataram que a escala é de fácil compreensão, contudo alguns profissionais manifestaram incômodo na utilização de questões pessoais para uma pesquisa relacionada ao comportamento profissional; esse sentimento também foi expresso em outros estudos da temática (LOCH, 2013; ALTINDAG et al, 2006; THORNICRAFT, 2006) .

Apesar dos resultados positivos desse estudo, ressalta-se que adaptação cultural não é suficiente para replicação de um instrumento em uma determinada região (PASQUALI, 2009). Portanto, haverá continuidade dessa pesquisa com a análise das propriedades psicométricas na fase de validação, com amostra de 120 profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária de Ribeirão Preto.

O estudo apresenta como limitação a fase pré-teste ter sido realizada localmente, sem abranger outros estados brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há poucos estudos brasileiros que avaliam o estigma dos profissionais de saúde com relação à saúde mental e dependência de substâncias químicas. Em pesquisa realizada não foram encontrados outros estudos de validação da “*Social Distance Scale*” para a cultura brasileira.

Considerando os objetivos desta pesquisa, a adaptação cultural da “*Social Distance Scale*” apresentou como resultado uma boa consistência interna da escala adaptada. Significa que a versão em português manteve a equivalência semântica, cultural, idiomática e conceitual, sendo de fácil compreensão e que realmente mede o que se propõe na escala original.

Espera-se que após a validação deste instrumento, ele facilite a avaliação do estigma entre os profissionais de saúde e contribua para a formulação de estratégias anti-estigma, permitindo um atendimento mais humanizado e acolhedor nas unidades de saúde.

O estudo apresenta como limitação a fase pré-teste ter sido realizado localmente, sem abranger outros estados brasileiros.

Referências

ADEWUYA, A. O.; MAKANJUOLA, R. O. Social distance towards people with mental illness amongst Nigerian university students, **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v. 40, n. 11, p. 865-868, 2005.

ADEWUYA, A. O.; MAKANJUOLA, R. O. Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria, **Aust N Z J Psychiatry**, v. 42, n. 5, p. 389-95, 2008.

ALTINDAG, A. et al. Effects of an Antistigma Program on Medical Students: Attitudes towards People with Schizophrenia. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 60, p. 283–288, 2006.

ANGERMEYER M. C., MATSCHINGER. H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. **Acta Psychiatr Scand**, v. 108, n. 4, p. 304-309, 2003.

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

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

BARNED, C.; LIPPS, G.E. Development and Validation of a Measure of Attitudes toward Fluffy Women. **West Indian Med J**, v. 3, n. 63, p. 626-633.

BOGARDUS, E. S. Social Distance and its origins. *Journal of Applied Sociology*, v. 9, p. 216-226, 1925a.

_____. Measuring social distances. *Journal of Applied Sociology* v. 9, p. 299-308, 1925b.

BOYD, S.; NORTON, A. Addiction and Heroin-Assisted Treatment: Legal Discourse and Drug Reform. **Sage Journal**, 2019. Disponível em:

<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0091450919856635?journalCode=cdxa>>

Acesso em: 20 Jul 2019.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Resolução nº 466/2012**: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BROUSSARD, B. Social distance and stigma toward individuals with schizophrenia: findings in an urban, African-American community sample. **The journal of nervous and mental disease**, v. 200, n.11, p. 935 - 940, 2012.

CARPENTER, J.R.; WILLIAM, T. The schizophrenia paradigm: a hundred-year challenge. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 194, n. 9, p. 639-643, 2006.

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

CHIEN, W. T.; YEUNG, F. K. K.; CHAN, A. H. L. Perceived Stigma of Patients with Severe Mental Illness in Hong Kong: Relationships with Patients' Psychosocial Conditions and Attitudes of Family Caregivers and Health Professionals. **Administration and Policy in Mental Health**, v. 41, n. 2, p. 237–251, 2014.

DAMHA, A.C. et al. A estigmatização da esquizofrenia com enfoque nos profissionais de saúde. **Revista Thêma et Scientia**, V. 5, n. 2, 2015.

FELDMAN, D. B.; CRANDALL, C. S. Imensions of mental illness stigma: what about mental illness causes social rejection? **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 26, n. 2, p. 137–154, 2007.

FERNANDEZ, H.; LIBBY, T. A. **Heroin**: its history, pharmacology, and treatment. Center Citty, Hazelden, 2011.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St Geroge's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, v. 9, n. 6, p. 1160- 1166, 1996.

FRIEDRICH, L. et al. How does the label "epileptic" influence attitudes toward epilepsy? **Seizure**, v. 35, p. 54-59.

GAZONI, F. M. et al. Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína: relato de caso. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 18, n. 4, p. 427-432, 2006.

GERLINGER, G. et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. **World Psychiatry**, v. 12, n.2, p. 155–164, 2013.

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

GONÇALVES, M.; BRITTO, P. E. Efeitos orgânicos da cocaína. **Psychiatry on line Brasil**, v. 17, n. 8. 2012.

GRIFFITHS K. M. et al. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. **BMC Psychiatry**, v. 23, p. 6-21, 2006.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n.12, p.1417-1432, 1993.

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

HELMERHORST, G. T. et al. An epidemic of the use, misuse and overdose of opioids and deaths due to overdose, in the United States and Canada. **Bone Joint J**, v. 99, p. 856–64, 2017.

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

HORTA, R. L. et al . Prevalência e condições associadas ao uso de drogas ilícitas na vida: pesquisa nacional de saúde do escolar 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, n. 1, e180007, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000200402&lng=en&nrm=iso>. Access em: 22 Jul. 2019.

JAVITT, D. C.; COYLE, J. T. Decifrando a esquizofrenia. **Scientific American Brasil**, v. 21, p. 48- 55, 2004.

KHENTI, A. et al. Mental health and addictions capacity building for community health centres in Ontario. **Can Fam Physician**, v. 63, n. 10, p. 416-424, 2017.

KHENTI, A.; BOBBILI, S. J.; SAPAG, J. C. Evaluation of a Pilot Intervention to Reduce Mental Health and Addiction Stigma in Primary Care Settings. **J Community Health**, p.1-10, 2019. No prelo. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-019-00706-w>>. Acesso em: 22 Jul. 2019.

KOPERA, M. Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. **Community Mental Health Journal**, v. 52, n. 5, p. 628-634, 2014.

KRAWCZYK, N.; FILHO, C.L.; BASTOS, F.I. The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. **Harm Reduct J**, v. 6, p. 12 - 24, 2015.

LARANJEIRA, R. et al. (Org.). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LAUBER, C. et al. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? **European Psychiatry**, v. 19, p. 423-427, 2004.

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

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

_____. Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 1, p 92, 2013.

MACIEL, M. E. D.; VASRGAS, D. Adaptação cultural e validação de conteúdo da Questão Chave para rastreamento do uso abusivo de álcool. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 51, e 03292, 2017. Disponível Em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100481&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jul. 2019.

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

MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. 3. ed. Brasília – DF, 2013a.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Esquizofrenia**. Portaria SAS/MS nº 364, 2013b.

MHCC Mental Health Commission of Canada. Initiatives Opening Minds. Disponível em: <<http://www.mentalhealthcommission.ca/English/initiatives/11874/opening-minds>>. Acesso em: 20 de agosto de 2016.

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

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 69, n.7, p. 1080-1084, 2009.

OBI-NAGATA, K.; TEMMA, Y.; HAYASHI-TAKAGI, A. Synaptic functions and their disruption in schizophrenia: From clinical evidence to synaptic optogenetics in an animal model. **Proceedings of the Japan Academy**, v. 95, n. 5, p. 179-197, 2019.

O'BRIEN, C. Addiction and dependence in DSM-V. **Addiction**, v. 106, n. 5, p. 866–867, 2011.

PAIVA, L. F. S. As dinâmicas do mercado ilegal de cocaína na tríplice fronteira entre Brasil, peru e colômbia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo , v. 34, n. 99, e349902, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092019000100503&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 jul. 2019.

PAPISH et al. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. **BMC Medical Education**, v. 13, n. 141, 2013.

PARK, S.; LEE, Y.; KIM, C.E. Korean adults' beliefs about and social distance toward attention-deficit hyperactivity disorder, Tourette syndrome, and autism spectrum disorder. **Psychiatry Res**, v. 269, p. 633-639, 2018.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 43, p.992-999, 2009.

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

PEREIRA, M. E. et al. Imagens e significado e o processamento dos estereótipos. **Estud. psicol**, v. 7, n. 2, p. 389-397, 2002.

REAVLEY, N. J. et al. Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 5, p. 433–441, 2014.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SEATON, V.; PIEL, M. Student pharmacists' social distancing toward people with mental illness. **Ment Health Clin**, v. 23, n. 7, p. 181-186, 2018.

SILVA et al. Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 13, n. 30, 2016.

SILVEIRA et al. Esquizofrenia e o uso de álcool e outras drogas: perfil epidemiológico. **Rev Rene**, v. 15, n. 3, 2014.

SOARES, R. G. et al. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia**, v. 16, N.1. p. 91-98, 2011.

STUART, H.; ARBOLEDA-FLOREZ, J. Community attitudes towards people with schizophrenia. **Can J Psychiatry**, v. 46, p. 245–252, 2001.

STULL, L. G. et al. Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness: Attitudes in an Evidence-Based Practice. **Journal of nervous and mental disease**, v. 201, n. 12, p. 1072–79, 2013.

SVOB, C. et al. Intergenerational transmission of historical memories and social-distance attitudes in post-war second-generation Croatians. **Memory & Cognition**, v. 44, n. 6, p. 846-855.

TANDON, R.; NASRALLAH, H. A.; KESHAVAN, M. S. Schizophrenia, "just the facts" 5. Treatment and prevention. Past, present, and future. **Schizophrenia Research**, v. 122, n. 1, p. 1-23, 2010.

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

WAHL, O. F.; AROESTY-COHEN, E. Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. **Journal of Community Psychology**, v. 38, p. 49–62.

WARK, C; GALLIHER, J.F. Emory Bogardus and the Origins of the Social Distance Scale. **The American Sociologist**, v. 38, p. 383–395, 2007.

WARREN, O.U. et al. Emergency physicians' and nurses' attitudes towards alcohol-intoxicated patients. **J Emerg Med**, V. 43, n. 6 p. 1167-74.

ANEXO A – Autorização da Secretaria de Ribeirão Preto para realização do estudo

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

OF. 1789/18- C.A.P.F.

CSV/2018

Ribeirão Preto, 30 de Maio de 2018.

Senhora Orientadora,

Informamos que as gerências das Unidades de Saúde do Distrito Oeste da Secretaria Municipal da Saúde manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa em suas dependências.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"SOCIAL DISTANCE SCALE: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA BRASILEIROS"** sob a responsabilidade do Prof.^a Dr.^a **CARLA APARECIDA ARENA VENTURA** e a pesquisadora **STEFANY GUIMARAES DE AVILA DOMINGOS**.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, devendo o pesquisador apresentar-se com antecedência ao serviço para combinar melhor data para início do projeto de pesquisa.

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

Cordialmente,

Dra. Claudia Siqueira Vassimon

Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
e a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

ANEXO B – Autorização da Secretaria de Ribeirão Preto para realização do estudo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Comitê Colegiador do CDA/CONEX para a
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Av. Nove de Julho, 590 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14049-900
Fone: (16) 3335-3383 - (16) 3335-3384 - Fax: (16) 3335-3385
www.eerpi.usp.br - eerpi@usp.br

Ofício CEP-EERPI/USP nº 071/2019, de 08/04/2019

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERPI/USP) em 07 de abril de 2019.

Protocolo CAAE: 01677618.1.0000.5393

Projeto: Social Distance Scale: adaptação cultural e validação para brasileiros

Pesquisadores: Stefany Domingos (mestranda)
Carla Aparecida Arena Ventura (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

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

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

ANEXO C – Email para permissão da tradução do instrumento

ANEXO D – Escala de Bogardus versão original em inglês

G2. Social Distance and Heroin Dependence

Please, think in somebody who has heroin dependence. For each of the following statements, please select the results that best represents your answer. *(Please, circle only one response for each item).*

1. Would you feel ashamed if people knew someone in your family has heroin dependence?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes
2. Would you be afraid to have a conversation with someone with heroin dependence?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes
3. Would you be disturbed about working on the same job with someone with heroin dependence?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes
4. Would you be unable to maintain friendship with someone with heroin dependence?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes
5. Would you feel upset or disturbed about sharing a room with someone with heroin dependence?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes
6. Would you marry someone with heroin dependence?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes

G. Social Distance Scale⁶

This section deals with how you might feel toward people with schizophrenia or heroine dependence. There are two subsections, one for schizophrenia and one for heroin dependence.

G1. Social Distance and Schizophrenia

Please, think about somebody who has schizophrenia. For each of the following questions, please select the response option that best represents your answer. Please circle only one response for each item.

1. Would you feel ashamed if people knew someone in your family has schizophrenia?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes
2. Would you be afraid to have a conversation with someone with schizophrenia?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes
3. Would you be disturbed about working on the same job with someone with schizophrenia?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes
4. Would you be unable to maintain friendship with someone with schizophrenia?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes
5. Would you feel upset or disturbed about sharing a room with someone with schizophrenia?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes
6. Would you marry someone with schizophrenia?

1	2	3	4
Definitely Not	Probably Not	Probably Yes	Definitely Yes

ANEXO E – Versão final da scala traduzida para o português

Escala de Distância Social

As questões a seguir lidam com o modo como você se sente em relação a pessoas com esquizofrenia ou dependência de cocaína. Há dois grupos de questões, uma para esquizofrenia e outra para dependência de cocaína.

1 – Distância social e esquizofrenia

Por favor, pense em alguém que tenha esquizofrenia. Para cada uma das seguintes questões, por favor, selecione a opção que melhor represente sua resposta. Por favor, circule somente uma resposta para cada item.

1. Você se sentiria envergonhado se as pessoas soubessem que alguém na sua família tem esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

2. Você teria medo de conversar com alguém com esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

3. Você ficaria incomodado em trabalhar no mesmo emprego com alguém com esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

4. Você seria incapaz de manter amizade com alguém com esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

5. Você ficaria chateado ou incomodado em dividir um quarto com alguém com esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

6. Você se casaria com alguém com esquizofrenia?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

2 – Distância social e dependência de cocaína.

Por favor, pense em alguém que tenha dependência de cocaína. Para cada uma das seguintes questões, por favor, selecione o resultado que melhor represente sua resposta. Por favor, circule somente uma resposta para cada item.

1. Você se sentiria envergonhado se as pessoas soubessem que alguém na sua família tem dependência de cocaína?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

2. Você teria medo de conversar com alguém com dependência de cocaína?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

3. Você ficaria incomodado em trabalhar no mesmo emprego com alguém com dependência de cocaína?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

4. Você seria incapaz de manter amizade com alguém com dependência de cocaína?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

5. Você ficaria chateado ou incomodado em dividir um quarto com alguém com dependência de cocaína?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

6. Você se casaria com alguém com dependência de cocaína?

1	2	3	4
Definitivamente não	Provavelmente não	Provavelmente sim	Definitivamente sim

APÊNDICE A – Convite para participação na etapa Comitê de Juízes

Olá!

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

- “Social Distance Scale: adaptação cultural e validação para brasileiros” (**projeto de Stefany Domingos**)

O instrumento busca medir o estigma de profissionais de saúde com relação às pessoas com esquizofrenia e com dependência de cocaína.

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

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

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

Se preferir, será possível realizar a aplicação pessoalmente. Fique à vontade para qualquer escolha!

Estou à disposição para maiores esclarecimentos!

Desde já, muito obrigada!

Aguardo retorno!

OBS.: Por favor, caso aceite participar, gostaria que devolvesse os documentos preenchidos até o dia **30 de Abril de 2019**.

Contatos:

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

Stefany Domingos (email: stefany.domingos@usp.br; telefone: (16) 99102-1561)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Comitê de Juízes

(Frente)

Eu, Stefany Guimarães de Ávila Domingos, pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: *Social Distance Scale: Adaptação e Validação para Brasileiros*, que tem como objetivo validar, para a cultura brasileira, a escala *Social Distance Scale* – escala de mensuração de estigma para profissionais de saúde, a qual abrange duas subcategorias, uma para dependentes de heroína e outra para esquizofrenia. Assim, gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Sua participação, na etapa Comitê de Juízes, consistirá em atividades que incluem: analisar dois instrumentos que contêm 6 itens cada um, avaliando e comparando os itens da versão original (língua inglesa) com os da versão em português, julgando se o instrumento consegue identificar atitudes do profissional de saúde com relação às pessoas acometidas por esquizofrenia e por dependência de cocaína. Essas atividades serão enviadas por email, por meio de um instrumento para a sua avaliação, e terão duração de, no máximo, 20 minutos. As atividades servirão apenas para análise da pesquisadora, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação. Ressalto que sua recusa na participação não acarretará qualquer interferência na sua atuação profissional.

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

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, situado na Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone (16) 3315-9197, ou email cep@eerp.usp.br (Comitê de Ética em pesquisa da EERP/USP – Horário de atendimento: segunda a sexta em dias úteis, das 10h às 12h e das 14h às 16h).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Comitê de Juízes

(Verso)

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

Atenciosamente,

Stefany Guimarães de Ávila Domingos

Escola de Enfermagem de Ribeirão preto/ USP

Av. Bandeirantes 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto.

CEP: 14040-902

Tel: (16) 99102-1561

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

Ribeirão Preto, ____ de _____, 2019.

(Assinatura)

APÊNDICE C - Instrumento de avaliação de validade de face e de conteúdo encaminhado aos juízes para o instrumento “Social Distance Scale”

Prezado (a): _____

As frases a seguir correspondem às versões original e traduzida dos instrumentos “Social Distance Scale and schizophrenia” e “Social Distance Scale and heroin dependence”, instrumentos de medida do estigma em pessoas com transtorno mental entre profissionais de saúde. Em virtude das diferenças culturais existentes entre a realidade canadense e a nossa, realiza-se a validação do referido instrumento para uso no contexto da saúde, seguindo metodologia padronizada pela literatura. Este trabalho tem como objetivo final disponibilizar instrumento para identificação de atitudes estigmatizantes de profissionais da saúde com relação às pessoas com transtorno mental.

Desta forma, solicita-se a sua colaboração na avaliação das equivalências semântica e idiomática entre as versões original e traduzida do referido instrumento, considerando as seguintes orientações:

- Para o domínio “Schizophrenia”, a letra A corresponde a frase a em sua forma original e a B à versão traduzida para o português;
- Para o domínio “Heroin Dependence”, a letra C corresponde à frase a em sua forma original e a D à versão traduzida para o português;
- Equivalência semântica e equivalência idiomática referem-se à correspondência no significado das palavras e no uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas.

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

Escala de equivalência:

-1 = não equivalente

0 = indeciso

+1 = equivalente

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

Atenciosamente,

Pesquisadoras responsáveis: Stefany G. de Á. Domingos (mestranda) e Carla Aparecida Arena Ventura (orientadora). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP. Sala 46

Telefone: (16) 3315-3422.

Social Distance Scale and schizophrenia

A1. Would you feel ashamed if people knew someone in your Family has schizophrenia?

B1. Você se sentiria envergonhado se as pessoas soubessem que alguém na sua família tem esquizofrenia?
--

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

A2. Would you be afraid to have a conversation with someone with schizophrenia?		
B2. Você teria medo de conversar com alguém com esquizofrenia?		
-1	0	+1

A3. Would you be disturbed about working on the same job with someone with schizophrenia?		
B3. Você ficaria incomodado em trabalhar no mesmo emprego com alguém com esquizofrenia?		
-1	0	+1

A4. Would you be unable to maintain friendship with someone with schizophrenia?		
B4. Você seria incapaz de manter amizade com alguém com esquizofrenia?		
-1	0	+1

A5. Would you be upset or disturbed about sharing a room with someone with schizophrenia?		
B5. Você se sentiria chateado ou incomodado em dividir um quarto com alguém com esquizofrenia?		
-1	0	+1

A6. Would you marry someone with schizophrenia?		
B6. Você se casaria com alguém com esquizofrenia?		
-1	0	+1

Social Distance Scale and heroin dependence

C1. . Would you feel ashamed if people knew someone in your Family has heroin

dependence?		
D1. Você se sentiria envergonhado se as pessoas soubessem que alguém na sua família tem dependência de heroína?		
-1	0	+1

C2. Would you be afraid to have a conversation with someone with heroin dependence?		
D2. Você teria medo de conversar com alguém com dependência de heroína?		
-1	0	+1

C3. Would you be disturbed about working on the same job with someone with heroin dependence?		
D3. Você ficaria incomodado em trabalhar no mesmo emprego com alguém com dependência de heroína?		
-1	0	+1

C4. Would you be unable to maintain friendship with someone with heroin dependence?		
D4. Você seria incapaz de manter amizade com alguém com dependência de heroína?		
-1	0	+1

C5. Would you be upset or disturbed about sharing a room with someone with heroin dependence?		
D5. Você se sentiria chateado ou incomodado em dividir um quarto com alguém com dependência de heroína?		
-1	0	+1

C6. Would you marry someone with heroin dependence?		
D6. Você se casaria com alguém com dependência de heroína?		
-1	0	+1

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

(Frente)

Eu, Stefany Guimarães de Ávila Domingos, pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: *Social Distance Scale: Adaptação e Validação para Brasileiros*, que tem como objetivo validar, para a cultura brasileira, a escala *Social Distance Scale* – escala de mensuração de estigma para profissionais de saúde, a qual abrange duas subcategorias, uma para dependentes de heroína e outra para esquizofrenia. Assim, gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Sua participação, na etapa Confiabilidade, consistirá em responder dois instrumentos contendo 6 itens cada um que buscam identificar atitudes estigmatizantes do profissional de saúde com relação às pessoas acometidas por esquizofrenia e por dependência de cocaína. Essa atividade será agendada conforme sua disponibilidade de data e horário, será desenvolvida na unidade de saúde na qual você trabalha e terá duração de, no máximo, 20 minutos. A atividade servirá, apenas, para análise da pesquisadora, para fins desta investigação, podendo ser divulgadas em trabalhos ou eventos científicos, mas garantindo-lhe a não identificação. Ressalto que sua recusa na participação não acarretará qualquer interferência na sua atuação profissional.

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

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes de pesquisa. Para informações adicionais ou reclamações, o senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, situado na Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, ou pelo telefone (16) 3315-9197, ou email cep@eerp.usp.br (Comitê de Ética em pesquisa da EERP/USP – Horário de atendimento: segunda a sexta em dias úteis, das 10h às 12h e das 14h às 16h).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Comitê de Juízes

(Verso)

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

Atenciosamente,

Stefany Guimarães de Ávila Domingos

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP

Av. Bandeirantes 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto.

CEP: 14040-902

Tel: (16) 99102-1561

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

Ribeirão Preto, ____ de _____, 20____.

(Assinatura)

APÊNDICE E – Instrumento para caracterização sociodemográfica dos participantes

Antes que você responda o questionário “Escala de Distância Social”, gostaríamos de te conhecer melhor. Assim, solicitamos que preencha os dados para caracterização sociodemográfica. Desde já, agradecemos sua atenção e tempo dedicado a responder este questionário!

Caracterização sociodemográfica

Data: ____ / ____ / ____ **Início:** ____h ____min. **Término:** ____h ____min.

Serviço de Saúde: () UBS () USF

Iniciais: _____ **Sexo:** () F () M **Data de Nascimento:** ____ / ____ / ____

Formação

() Médico. Especialidade: _____. Mês: _____ Ano: _____

() Enfermeiro. Mês: _____ Ano: _____

() Técnico de Enfermagem. Mês: _____ Ano: _____

() Auxiliar de Enfermagem. Mês: _____ Ano: _____

() Dentista. Mês: _____ Ano: _____

() Auxiliar/Técnico em Saúde Bucal. Mês: _____ Ano: _____

() Farmacêutico. Mês: _____ Ano: _____

() Auxiliar de Farmácia. Mês: _____ Ano: _____

() Outra. Qual? _____. Mês: _____ Ano: _____

Tempo de atuação profissional: ____ ano(s) e ____ mês(es)

Ocupação/função na Unidade:

Tempo de atuação na ocupação/função: ____ ano(s) e ____ mês(es)

Formação complementar:

() Especialização. Área: _____

() Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado

Unidade (s) de Saúde em que atua: _____

Tempo de atuação nesta Unidade: ____ ano(s) e ____ mês(es)

Você conhece alguém com esquizofrenia?

() Sim () Não

Você conhece alguém com dependência de cocaína?

() Sim () Não