



Perfis de autoestigma em pacientes com esquizofrenia: uma abordagem de Análise de Classe Latente*

Alejandra Caqueo-Urizar¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4614-8380>

Felipe Ponce-Correa²

 <https://orcid.org/0000-0002-4768-5057>

Alfonso Urzúa³

 <https://orcid.org/0000-0002-0882-2194>

Guillaume Fond⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-3249-2030>

Laurent Boyer⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-1375-1706>

Destaques: **(1)** Na Análise de Classe Latente identificaram-se diferentes perfis de estigma internalizado (alto, moderado e baixo) em pacientes com esquizofrenia. **(2)** A identidade étnica não é um fator de previsão significativo: contrariamente às presunções comuns, a pertença a um grupo étnico não exacerbou o estigma internalizado em indivíduos com esquizofrenia. **(3)** O ajuste pré-mórbido foi um fator-chave: o funcionamento psicossocial prejudicado antes do início da psicose foi um preditor significativo de perfis de estigma alto e moderado. **(4)** A gravidade dos sintomas foi irrelevante: a gravidade dos sintomas psicóticos não se correlacionou com o estigma internalizado, sugerindo que fatores psicossociais exercem uma influência maior. **(5)** São necessárias intervenções especificamente projetadas: pessoas com adaptação pré-mórbida precária podem se beneficiar da participação em programas que visam reduzir o estigma e focar na melhoria de suas habilidades sociais e de enfrentamento.

Objetivo: o objetivo deste estudo foi analisar perfis latentes de estigma internalizado e as covariáveis que preveem variações em seus níveis, considerando antecedentes como origem étnica, sexo e determinadas características clínicas relevantes, como ajuste pré-mórbido, duração da psicose não tratada e sintomas. **Método:** a Análise de Classe Latente (ACL) foi utilizada para desenhar uma solução com três perfis de estigma internalizado em uma amostra composta por 227 pacientes diagnosticados com esquizofrenia atendidos em centros públicos de saúde mental na cidade de Arica, Chile. **Resultados:** os resultados evidenciaram que o ajuste pré-mórbido é um preditor significativo de pertencimento a uma classe para perfis de estigma latente. Ao analisar as características sociodemográficas e, contrariamente à nossa hipótese, a origem étnica não foi um preditor relevante dos perfis de estigma internalizado. **Conclusão:** o modelo de classificações latentes é adequado para avaliar perfis de estigma a fim de projetar intervenções futuras com focos específicos e populações de risco.

Descritores: Esquizofrenia; Estigma Social; Análise de Classes Latentes; Serviços de Saúde Mental; Fatores Sociodemográficos; Escalas de Graduação Psiquiátrica.

* Apoio financeiro da Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), processo nº FONDECYT 1200785, Chile.

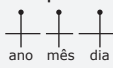
¹ Universidad de Tarapacá, Instituto de Alta Investigación, Arica, Arica y Parinacota, Chile.

² Universidad de Tarapacá, Escuela de Psicología y Filosofía, Arica, Arica y Parinacota, Chile.

³ Universidad Católica del Norte, Escuela de Psicología, Antofagasta, Antofagasta, Chile.

⁴ Aix-Marseille Université, Public Health, Chronic Diseases and Quality of Life - Research Unit, Marseille, Provence-Alpes-Côte d'Azur, França.

Como citar este artigo

Caqueo-Urizar A, Ponce-Correa F, Urzúa A, Fond G, Boyer L. Self-stigma profiles in schizophrenia: a Latent Class Analysis approach. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4593 [cited _____. Available from: _____].  ano mês dia

URL

Introdução

O estudo do estigma internalizado em grupos populacionais com transtornos mentais graves ganhou especial relevância nas últimas décadas⁽¹⁻²⁾. Pessoas expostas a ambientes e comunidades onde o estigma de um transtorno mental está presente acabam internalizando preconceitos e estereótipos negativos que afetam sua identidade e produzem um efeito negativo em sua saúde mental e em múltiplos resultados clínicos⁽³⁻⁵⁾. Isso inclui sintomas depressivos⁽⁶⁾, ideação suicida⁽⁷⁻⁸⁾, diminuição da autoestima⁽⁹⁻¹⁰⁾, menor qualidade de vida⁽¹¹⁾, fragilização dos laços sociais⁽¹²⁾ e dificuldades relacionadas ao empoderamento⁽¹³⁾, resiliência⁽¹⁴⁾, adesão ao tratamento⁽¹⁵⁾ e acesso a cuidados psiquiátricos⁽¹⁶⁾. Também foi encontrada uma relação entre o estigma e os efeitos colaterais dos medicamentos⁽¹⁷⁾.

Nos transtornos mentais graves, o aumento do nível de autoestigma reduz a capacidade de recuperação⁽¹¹⁾, dificultando a remissão dos sintomas⁽¹⁸⁾, diminuindo a funcionalidade e a capacidade de cumprir com os papéis sociais⁽¹⁹⁾ e gerando efeitos negativos na subjetividade da pessoa, que acaba por perder a esperança e a sua própria autoestima⁽⁹⁻¹⁰⁾. Fatores como os sintomas do espectro autista na população esquizofrênica e o sexo, também exercem influência. Neste caso, as mulheres tendem a sofrer níveis mais elevados de estigma⁽²⁰⁾.

Embora as consequências do autoestigma já tenham sido exploradas em profundidade, o mesmo não ocorre com seus fatores de risco e determinantes sociais. Vários estudos anteriores demonstraram que a discriminação sofrida por pessoas com esquizofrenia que pertencem a minorias étnicas ou com baixos níveis socioeconômicos aumenta o risco de estigmatização internalizada⁽²¹⁾. Por outro lado, os pacientes com psicose que não recebem tratamento há mais tempo correm maior risco de autoestigma⁽²²⁾. Também foi estabelecido que, especialmente quando o estigma provém de membros da família, pode aumentar o limiar para o início do tratamento⁽²³⁾, pelo que a direção desta relação e os mecanismos que a constituem ainda requerem mais desenvolvimento. Também foi descoberto que o mau funcionamento social pré-mórbido aumenta o risco de estigmatização internalizada em pacientes com esquizofrenia⁽¹⁴⁾. A má adaptação pré-mórbida limita severamente o desenvolvimento sociocognitivo, tanto no que diz respeito à capacidade de interpretar o mundo social quanto no que tange à presença de múltiplos estados psicológicos internos⁽²⁴⁾, o que reduz a competência do paciente de lidar com significados negativos provenientes do mundo social.

Apesar do crescente corpo de literatura sobre o autoestigma, no que tange à interação dos múltiplos fatores de risco (como a discriminação, a dinâmica familiar

e o funcionamento pré-mórbido) a investigação continua sendo insuficiente, particularmente nas populações latino-americanas. Nessas regiões, a escassez de profissionais de saúde mental e psiquiatras dificulta ainda mais a implementação de ferramentas padronizadas para avaliar o autoestigma. Este estudo visa identificar os fatores demográficos, psicossociais e clínicos que contribuem para níveis elevados de autoestigma em indivíduos com esquizofrenia na América Latina. A hipótese é que fatores como a etnia, o gênero, o funcionamento ou ajuste pré-mórbido, a duração da psicose não tratada (DUP) e a gravidade da sintomatologia psicótica seriam os preditores significativos do autoestigma nesta população. Especificamente, a etnia pode influenciar as experiências de estigma através da identidade cultural, enquanto o gênero pode afetar a percepção e a interiorização do estigma devido a diferenças baseadas no sexo. O ajustamento pré-mórbido, que inclui as relações sociais, as interações com os pares, o desempenho escolar, o funcionamento ocupacional e o envolvimento sócio-sexual antes do início da esquizofrenia, também pode desempenhar um papel fundamental na formação do autoestigma. Além disso, espera-se que os períodos mais longos de psicose não tratada e a sintomatologia mais grave contribuam para níveis mais elevados de autoestigma. Ao explorar estes fatores em seu contexto cultural e no âmbito dos cuidados de saúde locais, este estudo procura fornecer informações valiosas sobre o desenvolvimento e a persistência da autoestigmatização nesta população.

Métodos

Design do estudo

Este estudo utilizou um delineamento transversal com abordagem correlacional para investigar a associação entre estigma internalizado e vários fatores clínicos, sociodemográficos e psicossociais em pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. A natureza transversal do estudo permitiu avaliar as relações entre as variáveis em um momento específico, fornecendo assim um retrato dos fatores que exercem alguma influência no estigma internalizado neste grupo populacional.

Local

Este estudo foi realizado nos três centros do Serviço Público de Saúde Mental de Arica, no Chile. Os centros participantes fazem parte do Serviço de Saúde Mental do Estado. Desse modo, o atendimento prestado aos pacientes é gratuito, destacando-se que também recebem

medicamentos antipsicóticos gratuitamente. O Estado garante uma cobertura de saúde que assegura, por lei, o tratamento desse transtorno psiquiátrico. O tratamento inicia-se após o primeiro surto psicótico, quando o paciente dá entrada na Unidade Psiquiátrica do Hospital Dia e, uma vez compensado, prossegue o seu tratamento em regime ambulatorial num destes três serviços, considerando a sua proximidade geográfica. Geralmente, os pacientes são supervisionados com acompanhamento mensal.

Participantes

Os participantes foram pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, segundo os critérios indicados na Classificação Internacional de Doenças-Revisão 10 (CID-10). Foi utilizada amostragem não probabilística devido à disponibilidade. Os participantes deviam atender aos critérios enunciados a seguir para serem incluídos no estudo.

Critérios de inclusão

Os sujeitos incluídos no estudo foram todos pacientes estabilizados, residentes na comunidade e diagnosticados com esquizofrenia de acordo com os critérios estabelecidos na Classificação Internacional de Doenças (CID) - Versão 10. Essas informações foram fornecidas pelo psiquiatra responsável.

Critérios de exclusão

Pacientes com histórico de distúrbios neurológicos (AVC, epilepsia e lesão cerebral, por exemplo) ou qualquer doença que afetasse o Sistema Nervoso Central não foram incluídos neste estudo para assegurar que todos os indivíduos pudessem participar integralmente das entrevistas. Todos os pacientes possuíam exames médicos em seus prontuários que descartavam qualquer causa orgânica que justificasse seus comportamentos psicóticos.

Como a maioria dos pacientes se encontrava estável em relação aos sintomas psicóticos, o número de indivíduos excluídos foi baixo. Além disso, a grande maioria concordou em participar.

Variáveis e instrumentos

Variável de resultado

O desfecho principal do estudo foi o estigma internalizado, que foi avaliado usando a escala de Estigma Internalizado de Transtornos Mentais (*Internalized Stigma of Mental Illness*, ISMI-29)⁽²⁵⁾. A escala ISMI é um questionário de autorrelato de 29 itens projetado para medir o estigma internalizado por meio de cinco subescalas: Alienação, Internalização de estereótipos, Isolamento social, Discriminação percebida e Resistência

ao estigma. Pontuações totais mais altas no ISMI indicam que o estigma internalizado é mais grave. Foi utilizada a versão espanhola do ISMI⁽²⁶⁾.

Variáveis preditoras

Escala de Síndromes Positiva e Negativa (*Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS) para Esquizofrenia⁽²⁷⁾. A PANSS é uma escala de 30 itens utilizada para avaliar sintomas psicóticos em pessoas com esquizofrenia e é dividida em cinco fatores: Positivo, Negativo, Excitação, Depressão e Desorganização⁽²⁸⁾. A PANSS foi traduzida e validada para o espanhol⁽²⁹⁾.

Escala de Ajuste Pré-mórbido (*Premorbid Adjustment Scale*, PAS)⁽³⁰⁾. Esta escala usa entrevistas retrospectivas para avaliar o desenvolvimento psicossocial dos pacientes antes do início da psicose, com foco em cinco domínios: Sociabilidade e isolamento, Relacionamentos com colegas, Desempenho escolar, Adaptação escolar e Ajustamento homossexual. Pontuações PAS mais altas indicam níveis mais baixos de ajuste pré-mórbido. A escala foi adaptada para o espanhol⁽³¹⁾.

Duração da psicose não tratada (*Duration of Untreated Psychosis*, DUP)⁽³²⁾. A DUP foi definida como o tempo decorrido desde a emergência do primeiro episódio psicótico agudo até o início do tratamento antipsicótico. A pontuação DUP foi calculada com base em informações fornecidas pelos pacientes, seus cuidadores primários e seu prontuário médico.

Possíveis variáveis de confusão

Certas variáveis sociodemográficas, como "origem étnica" e "sexo biológico", foram consideradas potenciais variáveis de confusão na análise. A etnia foi avaliada por autorrelato: os participantes se autocategorizaram como pertencentes a um grupo étnico (1) ou não (2). Essa categorização reflete distinções culturais e de identidade que são relevantes para as experiências de estigma. O sexo biológico foi registrado como uma variável binária (1 = Masculino; 2 = Feminino), com base na autoidentificação relatada pelos participantes. Essas variáveis sociodemográficas foram incluídas na análise para considerar sua potencial influência no autoestigma, uma vez que tanto a etnia quanto o sexo demonstraram ter efeitos variados nas experiências relacionadas ao estigma em vários contextos de saúde mental.

Além das variáveis primárias de interesse, diversas características sociodemográficas e clínicas foram coletadas para aprimorar a descrição da amostra do estudo. Embora essas variáveis não estivessem diretamente relacionadas à hipótese, elas forneceram um contexto valioso para a compreensão do grupo populacional estudado.

A idade foi registrada como uma variável contínua; isso nos permitiu definir um perfil demográfico detalhado da amostra. O estado civil foi avaliado usando uma variável binária: os participantes indicaram se estavam em um relacionamento ou não (Sim = 1, Não = 0). Tanto a idade no primeiro episódio psicótico agudo quanto a idade do início do tratamento foram registradas como variáveis contínuas.

Fontes de dados/Medições

Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas estruturadas presenciais conduzidas por psicólogos treinados. Cada paciente foi avaliado individualmente em um ambiente privado em seu respectivo Centro de Saúde Mental. As escalas ISMI-29, PAS e PANSS foram aplicadas como parte do processo de entrevista. Igualmente, informações adicionais sobre DUP foram coletadas de registros médicos, autorrelatos de pacientes e dados de cuidadores. Todos os instrumentos de medição utilizados no estudo são ferramentas comprovadas e foram validados para uso com populações de língua espanhola. Esses instrumentos também demonstraram bons níveis de confiabilidade e validade em pesquisas anteriores.

Viés

Várias medidas foram tomadas ao longo do estudo para minimizar potenciais fontes de viés. O viés de seleção foi atenuado pela inclusão de participantes de todos os três centros públicos de saúde mental, o que permitiu uma maior variedade de experiências clínicas. Entretanto, o método de amostragem não probabilística (conveniência) limita a capacidade de generalizar os resultados para a população geral de pessoas com esquizofrenia. O viés de medição foi minimizado pela padronização dos procedimentos de entrevista: as avaliações foram conduzidas por dois psicólogos devidamente treinados, sob a supervisão do pesquisador principal. Para abordar o viés de memória, protocolos de entrevista estruturados foram utilizados a fim de orientar as lembranças dos participantes. Por outra parte, os prontuários médicos foram consultados para obter informações corroborativas quando disponíveis.

Tamanho da amostra

Um total de 227 pacientes diagnosticados com esquizofrenia foram recrutados. O tamanho da amostra foi determinado com base na viabilidade de recrutamento de pacientes nos três centros e no número de participantes elegíveis que compareceram às consultas regulares de

acompanhamento. Esse tamanho amostral foi considerado adequado para alcançar poder estatístico suficiente para as análises planejadas, que incluíram Análise de Classe Latente (ACL) e regressão logística multinomial, com o objetivo de detectar associações significativas entre as variáveis preditoras e o estigma internalizado.

Durante um período de três meses, pacientes que compareceram às consultas mensais de acompanhamento em centros públicos e primários de tratamento ambulatorial para esquizofrenia foram convidados a participar. Dois psicólogos (que faziam parte da equipe de pesquisa e atuavam sob a supervisão do pesquisador principal) realizaram as avaliações nos respectivos Centros de Saúde Mental de cada paciente. As sessões de avaliação tiveram uma duração aproximada de 40 a 60 minutos.

Todos os participantes prestaram consentimento informado por escrito antes do início da coleta de dados. Os objetivos do estudo foram explicados a todos os participantes, assim como a natureza voluntária de sua participação.

Métodos estatísticos

Os dados foram analisados por meio da Análise de Classe Latente (ACL)⁽³³⁾, um método estatístico desenvolvido para identificar diferentes subgrupos ou perfis dentro de um segmento populacional específico com base nos padrões de resposta detectados no ISMI-29. O número de classes latentes foi determinado utilizando uma combinação de índices de ajuste do modelo, como o Critério de Informação Bayesiano (*Bayesian Information Criterion*, BIC), o Critério de Informação de Akaike (*Akaike Information Criterion*, AIC) e o Critério de Informação Bayesiano ajustado (*adjusted Bayesian Information Criterion*, aBIC)⁽³³⁻³⁴⁾. Valores mais baixos nesses índices indicam modelos de melhor ajuste. Os testes de razão de verossimilhança ajustada de Lo-Mendell-Rubin e *bootstrap* também foram usados para avaliar o ajuste do modelo.

A regressão logística multinomial foi usada para examinar a associação entre perfis de estigma internalizados e diversas variáveis preditoras, como etnia, sexo, ajuste pré-mórbido, DUP e gravidade dos sintomas psicóticos. Essa abordagem permitiu que vários preditores e potenciais fatores de confusão fossem analisados simultaneamente. Várias análises de subgrupos também foram conduzidas para investigar se as relações entre preditores e perfis de estigma diferiam de acordo com as características demográficas⁽³⁴⁾.

Os dados faltantes foram tratados usando imputação múltipla. Igualmente, várias análises de sensibilidade foram conduzidas para avaliar a robustez dos resultados

em relação a diferentes pressupostos sobre os dados faltantes. Todas as análises foram executadas no Mplus (versão 8.5)⁽³⁵⁻³⁶⁾.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidad de Tarapacá (18/2009) e pelo Serviço Nacional de Saúde do Chile. O consentimento informado foi obtido tanto dos pacientes quanto de seus cuidadores primários. O estudo enfatizou a natureza voluntária da participação e nenhuma compensação financeira foi oferecida aos participantes.

Resultados

Os resultados correspondentes à análise descritiva da amostra mostraram que a média de idade foi de 41,1 anos [Desvio-Padrão (DP)=16,34], com 129 (56,8%) pacientes

do sexo masculino, 181 (79,7%) sem companheiro e 86 (37,9%) que se autodeclararam pertencentes à etnia aimará. A idade dos participantes no momento do primeiro episódio psicótico agudo e no início do tratamento foi de 21,4 anos (DP=8,4) e 25 anos (DP=8,9), respectivamente.

O fluxograma (Figura 1) apresenta uma representação visual clara do processo de seleção de participantes, começando com um total de 423 candidatos potenciais nos três centros de tratamento. Após a triagem de elegibilidade, 240 indivíduos foram avaliados para inclusão no estudo. Dez indivíduos foram excluídos devido a sintomas clinicamente significativos que os impediram de participar plenamente do estudo. Três pessoas se recusaram a participar após receber o convite. Portanto, a amostra incluída para análise foi composta por 227 indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão e prestaram consentimento informado. O fluxograma ilustra esse processo passo a passo, garantindo assim transparência no recrutamento e inclusão de participantes.

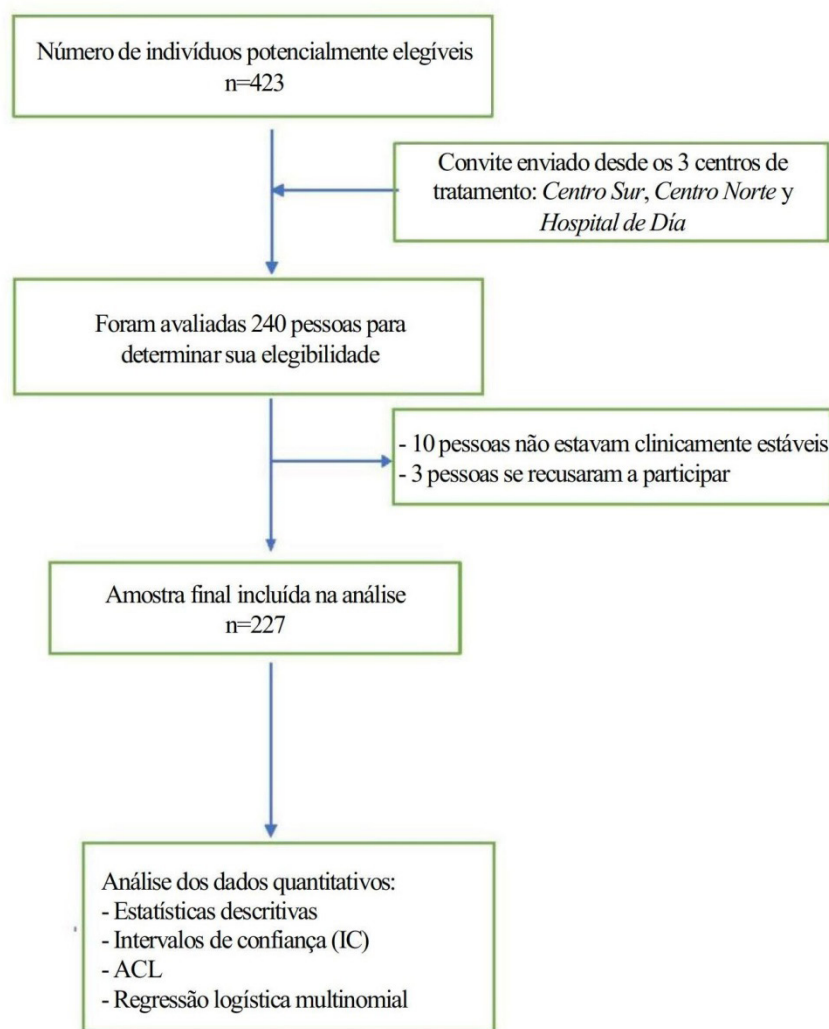


Figura 1 - Fluxograma ilustrando o processo de seleção e inclusão de participantes

Os resultados da ACL confirmaram que o modelo de três classes apresentou os melhores indicadores de ajuste relativo [AIC=1976,884; aBIC=1982,509; aLMR=89,914; Regressão Linear Bayesiana (BLR)=92,676]. A entropia correspondente ao modelo de três classes atingiu um nível adequado (0,82).

A Tabela 1 apresenta as pontuações médias correspondentes ao estigma internalizado em cada uma das dimensões do ISMI-29 e a distribuição das covariáveis. Entre os pacientes com perfis latentes de estigma alto, 50% eram homens e 47,9% se identificaram como pertencentes a algum grupo étnico. Também apresentaram a pior média de ajuste pré-mórbido (13,75),

a maior duração de psicose não tratada em anos (3,85) e os piores sintomas na amostra (63,45). Por outro lado, o perfil latente de Estigma Moderado foi composto majoritariamente por homens (62,4%) e pessoas que se identificaram como pertencentes a algum grupo étnico (58,4%). Também apresentaram nível intermediário de ajuste pré-mórbido (10,82), psicose não tratada em anos (1,88) e sintomas (61,83). Por fim, o perfil latente de Estigma Baixo foi composto majoritariamente por homens (61,5%) e pessoas que se identificaram como pertencentes a algum grupo étnico (59,6%). Apresentou os melhores níveis de ajuste pré-mórbido (9,45), duração de psicose não tratada em anos (1,58) e sintomas (59,54).

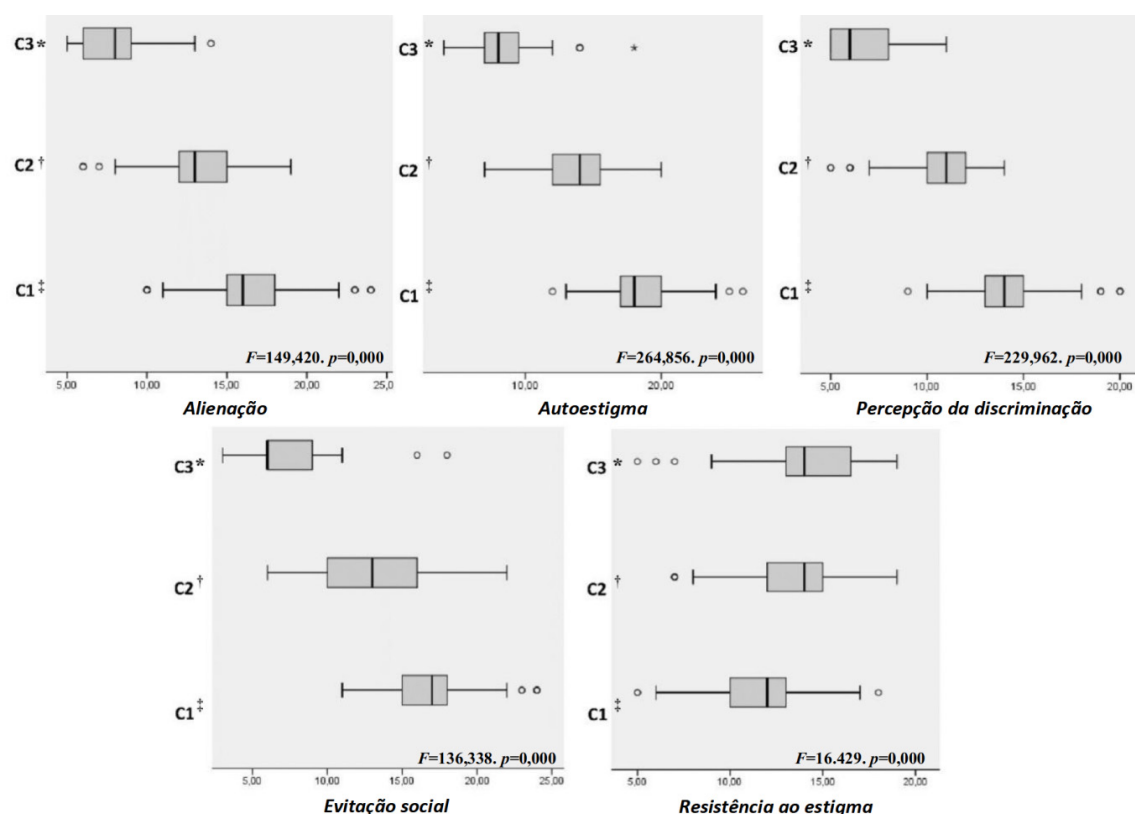
Tabela 1 - Estatísticas descritivas correspondentes às variáveis clínicas. Arica, Arica e Parinacota, Chile, 2023

		Valor médio (DP*)			
ISMI†		Amostra total	Estigma alto	Estigma moderado	Estigma baixo
Alienação		13,34 (4,22)	2,69 (0,06)	2.218 (0,06)	1.359 (0,06)
Percepção de discriminação		11,26 (3,68)	2,87 (0,05)	2.131 (0,07)	1.363 (0,07)
Autoestigma		14,60 (4,71)	2,66 (0,04)	1.974 (0,07)	1.243 (0,06)
Resistência ao estigma		12,80 (2,92)	2,33 (0,06)	2.659 (0,06)	2.867 (0,10)
Evitação social		13h45 (5h06)	2,84 (0,07)	2.172 (0,11)	1.270 (0,07)
(DP*)/Frequência (%)					
Covariáveis		Amostra total (n=227)	Estigma alto (n=98)	Estigma moderado (n=77)	Estigma baixo (n=52)
Sexo	Masculino	129 (56,8%)	49 (50%)	48 (62,4%)	32 (61,5%)
	Feminino	98 (43,2%)	49 (50%)	29 (37,6%)	20 (38,5%)
Grupo étnico	Sim	123 (54,2%)	47 (47,9%)	45 (58,4%)	31 (59,6%)
	Não	104 (45,8%)	51 (52,1%)	32 (41,6%)	21 (40,4%)
Ajuste pré-mórbido		11,52 (4,45)	13,75 (4,30)	10,82 (4,01)	9,45 (3,70)
Duração da psicose não tratada		2,46 (6,36)	3,85 (8,76)	1,88 (5,17)	1,58 (3,11)
Sintomas		61,80 (18,91)	63,45 (16,19)	61,83 (21,64)	59,5 (19,43)

*DP = Desvio-Padrão; †ISMI = *Internalized Stigma of Mental Illness*

A Figura 2 mostra a distribuição dos perfis latentes por meio de um *boxplot* para cada uma das classes e dimensões do ISMI-29. Pode-se afirmar que os indivíduos com tendências autoestigmatizantes significativas e menor resistência ao estigma, mais propensos a concordar com estereótipos negativos sobre esquizofrenia, sofreram mais discriminação e apresentam maiores níveis de isolamento ou evitação

social (n=98) foram agrupados em (C1). Por outro lado, pessoas com níveis médios em todas as dimensões do ISMI-29 foram incluídas em (C2) (n=77). Por sua vez, em (C3) encontramos participantes com maior resistência ao estigma e menores tendências autoestigmatizantes, capazes de ter uma visão positiva de si e da doença, com pouca percepção da discriminação e maior participação social (n=52).



*C3 = Estigma baixo; †C2 = Estigma moderado; ‡C1 = Estigma alto

Figura 2 - Valores médios correspondentes aos perfis latentes de estigma internalizado segundo as dimensões do ISMI-29

A Tabela 2 apresenta os resultados da regressão logística multinomial, examinando a associação entre as covariáveis e a filiação de classe latente

para os perfis de estigma internalizado. O perfil de estigma baixo é usado como grupo de referência para comparação.

Tabela 2 - Resultados da regressão logística multinomial para covariáveis de classe latentes. Arica, Arica e Parinacota, Chile, 2023

Grupo de referência	Grupo de comparação	Grupo étnico	Sexo	Duração da psicose não tratada	Ajuste pré-mórbido	Sintomas
OR* (IC†)						
Estigma alto	Estigma moderado	1,09(0,76; 1,56)	0,34(0,04; 2,92)	0,91(0,79; 1,06)	0,87(0,71; 1,06)	0,94(0,88; 1,01)
	Estigma baixo	0,88(0,65; 1,19)	0,33(0,06; 1,71)	0,98(0,89; 1,08)	0,70(0,58; 0,85)‡	0,98(0,93; 1,04)
Estigma baixo	Estigma moderado	1,23(0,86; 1,76)	1,04(0,22; 4,8)	0,93(0,80; 1,08)	1,23(1,00; 1,5)‡	0,95(0,90; 1,01)

Nota: O perfil de estigma baixo foi usado como grupo de referência para comparação; *OR = Odds Ratio; †IC = Intervalo de confiança; ‡Significância estatística

Conforme apontado na Tabela 2, o ajuste pré-mórbido foi o único preditor significativo de pertencimento nos perfis de estigma alto e baixo. Especificamente, o ajuste pré-mórbido prejudicado (OR=0,70 para estigma alto e OR=1,23 para estigma moderado) aumenta a probabilidade de uma pessoa ser classificada nos perfis moderado ou alto de estigma internalizado, em comparação ao grupo de estigma baixo.

Isso sugere que indivíduos com pior funcionamento psicossocial antes do início da psicose são mais

predispostos a sofrer níveis mais altos de estigma internalizado, em comparação com aqueles com melhor ajuste pré-mórbido, que são mais propensos a ser categorizados no grupo de estigma baixo.

Discussão

Na Análise de Classe Latente (ACL) realizada neste estudo, foram identificados três perfis diferentes de estigma internalizado em pessoas diagnosticadas

com esquizofrenia, a saber: alto, moderado e baixo. A classificação de três perfis provou ser um modelo eficaz para categorizar participantes com base em suas pontuações de estigma latente. Contrariando a nossa hipótese, a origem étnica não surgiu como fator preditor significativo de pertencimento ao perfil de estigma alto. Esse achado questiona certas presunções predominantes na literatura sobre estigma. Ainda que pesquisas anteriores tenham frequentemente enfatizado a relação entre pertencer a um grupo étnico e a intensificação do estigma⁽¹⁾ e contradizendo a nossa hipótese, sofrer de esquizofrenia e pertencer a um segmento social vulnerável como um grupo étnico⁽¹³⁾ provavelmente não aumenta os níveis de estigma, rejeitando assim a combinação de condições proposta como hipótese. Esses resultados sugerem que a identidade étnica por si só não intensifica necessariamente o estigma internalizado em pessoas com esquizofrenia. Isso implica que, no contexto desse segmento da população, sofrer de esquizofrenia e apresentar outros fatores, como antecedentes psicossociais, em conjunto, pode exercer uma influência maior no estigma internalizado do que a identidade étnica isoladamente.

Um achado importante deste estudo foi o fato de que o ajuste pré-mórbido surgiu como um preditor significativo para os perfis de estigma alto e moderado. Especificamente, indivíduos com ajuste pré-mórbido ruim tinham maior probabilidade de serem categorizados no grupo de estigma alto, com uma associação ligeiramente mais fraca com o grupo de estigma moderado. Esses resultados são consistentes com os de estudos anteriores⁽¹⁴⁾, que sugerem que pessoas com funcionamento psicossocial prejudicado antes do início da psicose correm maior risco de internalizar estereótipos negativos. É plausível que as pessoas que vivenciaram dificuldades nos domínios social, educacional ou ocupacional antes do início da psicose tivessem menos recursos para combater o estigma uma vez diagnosticadas, sendo mais vulneráveis à internalização de preconceitos sociais⁽³⁷⁾. Esses indivíduos também podem ter sido mais suscetíveis a julgamentos sociais negativos, o que pode ter contribuído para uma maior internalização de seu estigma. As intervenções para lidar com o estigma incluem: Terapia cognitivo-comportamental, que desafia crenças negativas e aceitação; Terapia de Compromisso, que estimula a aceitação do transtorno; e programas de psicoeducação para conscientizar e ensinar estratégias de enfrentamento⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Essa descoberta enfatiza o papel crítico do funcionamento pré-mórbido em termos de experiências relacionadas ao estigma e destaca a necessidade de projetar intervenções personalizadas destinadas a mitigar

o problema. As estratégias clínicas devem considerar as necessidades específicas de indivíduos com histórico de funcionamento psicossocial prejudicado antes do início da psicose. Esses pacientes podem se beneficiar da participação em intervenções projetadas para melhorar seu funcionamento social e mecanismos de enfrentamento, o que, por sua vez, pode reduzir a internalização de atitudes negativas em relação à sociedade. A associação significativa entre ajuste pré-mórbido e estigma internalizado sugere que o desenvolvimento psicossocial precoce deve ser um foco central de atenção tanto na pesquisa quanto na prática clínica.

Além disso, o estudo descobriu que a gravidade dos sintomas, medida pela Escala de Síndromes Positiva e Negativa (PANSS), não foi um preditor significativo de perfis de estigma. Isto é consistente com outros estudos de investigação que sugerem que a relação entre a gravidade dos sintomas e o autoestigma é complexa e nem sempre directa⁽³⁶⁾. Vários fatores psicossociais, como o ajuste pré-mórbido, podem desempenhar um papel mais central na formação de experiências de estigma do que a gravidade dos sintomas psicóticos em si. Essa descoberta exige uma melhor compreensão dos fatores que influenciam o estigma além da gravidade dos sintomas.

Apesar dos detalhes valiosos fornecidos por este estudo, diversas limitações precisam ser reconhecidas. Primeiro, o desenho transversal restringe nossa capacidade de avaliar a estabilidade dos perfis de estigma internalizados ao longo do tempo ou de determinar se as covariáveis identificadas (ajuste pré-mórbido, por exemplo) exercem algum efeito duradouro na evolução do estigma. A realização de estudos de pesquisa longitudinais proporcionaria uma compreensão mais clara de como o estigma internalizado progride e das diferentes influências exercidas por vários preditores na progressão do estigma ao longo do tempo. Em particular, uma Análise de Transição Latente (ATL) pode ser um método útil para examinar o modo como as pessoas passam de um perfil de estigma para outro durante diferentes estágios de seu tratamento e recuperação.

Outra limitação é o fato de o estudo ter se concentrado em um ambiente clínico específico: Centros Públicos de Saúde Mental no Chile. Embora esses centros forneçam dados importantes sobre o estigma em uma população clínica diversificada, não é possível generalizar diretamente os achados para outros cenários ou grupos populacionais, especialmente aqueles de diferentes contextos culturais ou sistemas de saúde. Estudos futuros devem investigar o papel do ajuste pré-mórbido e outros preditores de estigma em diferentes contextos geográficos e culturais para validar a robustez dessas descobertas.

Conclusão

Concluindo, este estudo destaca a utilidade da Análise de Classe Latente na classificação de perfis de estigma internalizado em pessoas com esquizofrenia. Os resultados sugerem que, embora pertencer a um grupo étnico não seja um preditor significativo de níveis mais altos de estigma internalizado nesse segmento da população, o ajuste pré-mórbido prejudicado prevê significativamente os perfis de estigma alto e moderado. Essas descobertas destacam a importância de incorporar o contexto psicossocial dos sujeitos (particularmente seu ajuste pré-mórbido) em intervenções projetadas para reduzir o estigma. Indivíduos com histórico de mau funcionamento pré-mórbido podem precisar de intervenções mais personalizadas, visando melhorar seu funcionamento social e habilidades de enfrentamento, o que pode reduzir a internalização do estigma.

Pesquisas futuras devem prosseguir a análise do papel do ajuste pré-mórbido, da gravidade dos sintomas e de outros fatores psicossociais no desenvolvimento do estigma. O ideal seria usar modelos longitudinais para capturar a natureza dinâmica desse problema ao longo do tempo. Além disso, intervenções personalizadas que visam reduzir o estigma na esquizofrenia devem ser adaptadas para abordar esses fatores psicossociais, e estudos futuros devem explorar os métodos mais eficazes para tratar o estigma internalizado em vários subgrupos dentro desse segmento populacional.

Referências

1. Wang XQ, Petrini MA, Morisky DE. Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia. *Nurs Health Sci.* 2017;19(2):142-8. <https://doi.org/10.1111/nhs.12286>
2. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Habib J, Loundou A, Boucekine M, Boyer L, et al. Relationships between social stigma, stigma experience and self-stigma and impaired quality of life in schizophrenia across three Latin-American countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;270(5):513-20. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01035-8>
3. Ben-Zeev D, Frounfelker R, Morris SB, Corrigan PW. Predictors of Self-Stigma in Schizophrenia: New Insights Using Mobile Technologies. *J Dual Diagn.* 2012;8(4):305-14. <https://doi.org/10.1080/15504263.2012.723318>
4. Barlati S, Morena D, Nibbio G, Cacciani P, Corsini P, Mosca A, et al. Internalized stigma among people with schizophrenia: Relationship with socio-demographic, clinical and medication-related features. *Schizophr Res.* 2022;243:364-71. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.007>
5. Sarraf L, Lepage M, Sauvé G. The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2022;248:64-78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
6. Pellet J, Golay P, Nguyen A, Suter C, Ismailaj A, Bonsack C, et al. The relationship between self-stigma and depression among people with schizophrenia-spectrum disorders: A longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2019;275:115-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.022>
7. Oexle N, Rüsch N, Viering S, Wyss C, Seifritz E, Xu Z, et al. Self-stigma and suicidality: a longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2017;267(4):359-61. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0698-1>
8. Jian CR, Wang PW, Lin HC, Huang MF, Yeh YC, Liu TL, et al. Association between self-stigma and suicide risk in individuals with schizophrenia: Moderating effects of self-esteem and perceived support from friends. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(22):15071. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215071>
9. Karakaş SA, Okanlı A, Yılmaz E. The Effect of Internalized Stigma on the Self Esteem in Patients with Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(6):648-52. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.006>
10. Violeau L, Dudilot A, Roux S, Prouteau A. How internalised stigma reduces self-esteem in schizophrenia: the crucial role of off-line metacognition. *Cogn Neuropsychiatry.* 2020;25(2):154-61. <https://doi.org/10.1080/13546805.2020.1714570>
11. Degnan A, Berry K, Humphrey C, Bucci S. The relationship between stigma and subjective quality of life in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2021;85:102003. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102003>
12. Zhang TM, Wong IYL, Yu YH, Ni SG, He XS, Bacon-Shone J, et al. An integrative model of internalized stigma and recovery-related outcomes among people diagnosed with schizophrenia in rural China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019;54(8):911-8. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1646-3>
13. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2010;71(12):2150-61. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
14. Hofer A, Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Hoertnagl CM, Kemmler G, et al. Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. *Psychiatry*

- Res. 2019;271:396–401. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.029>
15. Verdoux H, Quiles C, Bon L, Chéreau-Boudet I, Dubreucq J, Legros-Lafarge E, et al. Characteristics associated with self-reported medication adherence in persons with psychosis referred to psychosocial rehabilitation centers. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021;271(8):1415–24. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01207-x>
 16. Chaimowitz GA, Upfold C, Géa LP, Qureshi A, Moulden HM, Mamak M, et al. Stigmatization of psychiatric and justice-involved populations during the COVID-19 pandemic. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;106:110150. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110150>
 17. Ponce-Correa F, Caqueo A. Más allá de los síntomas: una mirada integrada de la recuperación de personas diagnosticadas con esquizofrenia a través de enfoques mixtos. *Ter Psicol [Internet]*. 2024 [cited 2024 Oct 12];42(2):187–216. Available from: <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/648>
 18. Díaz-Mandado O, Periañez JA. An effective psychological intervention in reducing internalized stigma and improving recovery outcomes in people with severe mental illness. *Psychiatry Res*. 2021;295:113635. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113635>
 19. Çapar M, Kavak F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2019;55(1):103–11. <https://doi.org/10.1111/ppc.12309>
 20. Komatsu H, Ono T, Maita Y, Ishida Y, Kikuchi T, Maki T, et al. Association between autistic symptoms and self-stigma in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:2553–61. <https://doi.org/10.2147/NDT.S280485>
 21. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Moneta MV, Haro JM. Sex differences in the course of schizophrenia across diverse regions of the world. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:2927–39. <https://doi.org/10.2147/NDT.S101151>
 22. Mueser KT, DeTore NR, Kredlow MA, Bourgeois ML, Penn DL, Hintz K. Clinical and demographic correlates of stigma in first-episode psychosis: the impact of duration of untreated psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;141(2):157–66. <https://doi.org/10.1111/acps.13102>
 23. Franz L, Carter T, Leiner AS, Bergner E, Thompson NJ, Compton MT. Stigma and treatment delay in first-episode psychosis: a grounded theory study. *Early Interv Psychiatry*. 2010;4(1):47–56. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2009.00155.x>
 24. Stefanatou P, Karatosidi CS, Tsompanaki E, Kattoulas E, Stefanis NC, Smyrnis N. Premorbid adjustment predictors of cognitive dysfunction in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2018;267:249–55. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.029>
 25. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003;121(1):31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
 26. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptation into Spanish of the Internalised Stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(4):244–54. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>
 27. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261–76. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
 28. Lancon C, Aghababian V, Llorca PM, Auquier P. Factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): a forced five-dimensional factor analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;98(5):369–76. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10101.x>
 29. Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1994;53(1):31–40. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(94\)90093-0](https://doi.org/10.1016/0165-1781(94)90093-0)
 30. Cannon-Spoor HE, Potkin SG, Wyatt RJ. Measurement of Premorbid Adjustment in Chronic Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1982;8(3):470–84. <https://doi.org/10.1093/schbul/8.3.470>
 31. Barajas A, Ochoa S, Baños I, Dolz M, Villalta-Gil V, Vilaplana M, et al. Spanish validation of the Premorbid Adjustment Scale (PAS-S). *Compr Psychiatry*. 2013;54(2):187–94. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.007>
 32. Salazar de Pablo G, Aymerich C, Guinart D, Catalan A, Alameda L, Trotta G, et al. What is the duration of untreated psychosis worldwide? – A meta-analysis of pooled mean and median time and regional trends and other correlates across 369 studies. *Psychol Med*. 2024;54(4):652–62. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003458>
 33. Weller BE, Bowen NK, Faubert SJ. Latent Class Analysis: A Guide to Best Practice. *J Black Psychol*. 2020;46(4):287–311. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>
 34. Asparouhov T, Muthén B. Auxiliary Variables in Mixture Modeling: Three-Step Approaches Using M plus. *Struct Equ Modeling*. 2014;21(3):329–41. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.915181>
 35. Masyn KE. Latent Class Analysis and Finite Mixture Modeling. In: Little TD, editor. *The Oxford Handbook of*


- Quantitative Methods in Psychology [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2013 [cited 2024 June 04]. p. 551-611. Available from: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199934898.013.0025>
36. Muthén LK, Muthén BO. Statistical Analysis with Latent Variables User's Guide [Internet]. 8. ed. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 1998 [cited 2024 June 04]. Available from: https://www.statmodel.com/download/usersguide/MplusUserGuideVer_8.pdf
37. Vedana KGG, Miasso AI. The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014;22(4):670-8. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3427.2466>
38. Luo H, Li Y, Yang BX, Chen J, Zhao P. Psychological interventions for personal stigma of patients with schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. J Psychiatr Res. 2022;148:348-56. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.010>
39. Shih CA, Huang JH, Yang MH. Anti-stigma psychosocial intervention effects on reducing mental illness self-stigma and increasing self-esteem among patients with schizophrenia in Taiwan: A quasi-experiment. Asian J Psychiatry. 2022;73:103171. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103171>
40. Khalaf OO, Fathy H, Ebrahim HAM, Samie MA. Self-stigma and coping in youth with schizophrenia and bipolar disorder: a comparative study. Middle East Curr Psychiatry. 2023;30:76. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00350-0>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Alejandra Caqueo-Urizar, Felipe Ponce-Correa. **Obtenção de dados:** Felipe Ponce-Correa. **Análise e interpretação dos dados:** Alejandra Caqueo-Urizar, Felipe Ponce-Correa, Alfonso Urzúa, Guillaume Fond, Laurent Boyer. **Análise estatística:** Felipe Ponce-Correa, Alfonso Urzúa, Guillaume Fond, Laurent Boyer. **Obtenção de financiamento:** Alejandra Caqueo-Urizar. **Redação do manuscrito:** Alejandra Caqueo-Urizar, Felipe Ponce-Correa, Alfonso Urzúa, Guillaume Fond, Laurent Boyer. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Alejandra Caqueo-Urizar, Felipe Ponce-Correa, Alfonso Urzúa, Guillaume Fond, Laurent Boyer.

Recebido: 04.06.2024
Aceito: 01.02.2025

Editora Associada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Autora correspondente:
Alejandra Caqueo-Urizar
E-mail: acaqueo@academicos.uta.cl
 <https://orcid.org/0000-0002-4614-8380>

Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.