



Tânia Raquel Soares Barbosa

**ESTIGMA FACE À DOENÇA MENTAL POR PARTE DE FUTUROS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO EM TEMAS DE PSICOLOGIA
Área de especialização:
Psicologia da Saúde
2010

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**ESTIGMA FACE À DOENÇA MENTAL POR PARTE DE FUTUROS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE MENTAL**

Tânia Raquel Soares Barbosa

Março 2010

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, Área de especialização Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor António José Marques (E.S.T.S.-I.P.P.)

RESUMO

O estigma face à doença mental ainda se encontra muito enraizado na nossa sociedade, apesar de nos últimos anos terem sido desenvolvidos inúmeros estudos, campanhas e programas anti-estigma, sobretudo a nível internacional. Existem ainda barreiras com que as pessoas com doença mental se deparam diariamente, para além de terem de lidar com a própria sintomatologia da doença, que constituem grandes obstáculos ao processo de *recovery* e que são agravados pela existência de estigma. São vários os agentes que contribuem para o aparecimento e perpetuação de atitudes estigmatizantes relativamente à doença mental. Os meios de comunicação social, os familiares de pessoas com doença mental, as instituições e as infra-estruturas sociais, os profissionais de saúde mental, as próprias pessoas com doença mental e a população na generalidade, contribuem para a existência de representações acerca da doença mental e das pessoas que dela padecem, pouco coincidentes com o entendimento que actualmente se tem sobre este fenómeno.

Os resultados de uma amostra de 643 alunos de cursos da área da saúde, divididos pelo primeiro e último ano da licenciatura (Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) revelaram dados de grande interesse para uma melhor compreensão acerca das atitudes de futuros profissionais de saúde relativamente à doença mental, organizados em torno de vários estereótipos que apresentam variações de acordo com o curso e com o momento inicial ou final da fase de licenciatura. Os resultados encontrados estão de acordo com a literatura existente no que se refere à influência no estigma de características individuais, como a familiaridade com a doença mental. Foram também encontradas diferenças significativas entre os cursos, apresentando Enfermagem e Terapia Ocupacional a menor prevalência de atitudes estigmatizantes perante a doença mental.

ABSTRACT

The stigma towards mental illness is still very rooted in our society, despite the number of studies, campaigns and anti-stigma programs developed in recent years, particularly at international level. There are barriers that that people with mental illness face every day, besides having to deal with symptoms of the disease, which are major obstacles to the recovery and are compounded by the existence of stigma. Several factors contribute to the emergence and perpetuation of stigmatizing attitudes on mental illness. The media, the family members of mentally ill persons, the institutions and social infrastructure, the technicians, the persons with mental illness and the population in general, contributes to the existence of representations about mental illness and mental patients, that are low coincident with the understanding that today we have about this phenomenon.

The results of a sample of 643 students attending courses in the health area, divided by the first and final year of degree (Nursing, Medicine, Psychology, Social Work and Occupational Therapy) showed data of great interest to a better understanding of the attitudes of future health professionals towards mental illness, organized around a number of stereotypes which vary according to the course and the time the initial or final stage of licensure. The results are consistent with the existing literature regarding the influence on stigma of individual characteristics such as familiarity mental illness. We also found significant differences between courses, where Nursing and Occupational Therapy showed lower values of stigmatizing attitudes towards mental illness.

RESUMÉ

Le stigmatisme contre la maladie mentale est encore profondément enraciné dans notre société, même si ces dernières années ont été faites plusieurs études, campagnes et programmes contre la stigmatisation, en particulier au niveau international. Il existe des obstacles auxquels les personnes avec une maladie mentale font face chaque jour, au-delà de vivre les symptômes de la maladie, qui constituent des obstacles majeurs à la récupération et sont aggravés par l'existence de la stigmatisation. Plusieurs facteurs contribuent pour l'émergence et la perpétuation des attitudes stigmatisantes à l'égard d'une maladie mentale. La presse, les familles de malades mentaux, les institutions et les infrastructures sociales, les professionnels de la santé mentale, les personnes avec une maladie mentale et la population en général, contribuent pour l'existence de représentations de la maladie mentale et de les personnes avec maladie mentale, qui ne correspondent pas avec la compréhension que nous avons aujourd'hui sur ce phénomène.

Les résultats d'un échantillon de 643 étudiants des cours dans le domaine de la santé, divisés par la première année et le final de premier cycle (des cours d'Infirmiers, Médecine, Psychologie, Travail Social et Ergothérapie) ont montré des données d'un grand intérêt à une meilleure compréhension des attitudes des futurs professionnels de la santé pour la maladie mentale, organisée autour d'un certain nombre de stéréotypes qui varient selon le cours et le temps de l'étape initiale ou finale de l'autorisation d'exercer. Les résultats sont d'accord avec la littérature existante concernant l'influence des caractéristiques individuelles, telles que la familiarité avec la maladie mentale, sur la stigmatisation. Nous avons aussi trouvé des différences significatives entre les cours, présentant les infirmiers et l'ergothérapie des valeurs inférieures dans les attitudes stigmatisants envers la maladie mentale.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. Doença Mental e Estigma.....	4
1.1 Saúde e Doença Mental.....	4
1.2 Conceito de Estigma.....	7
1.2.1 Evolução histórica e conceptualização actual	7
1.2.2 Estigma e consequências no processo de <i>recovery</i>	16
1.2.3 Estigma produzido por diferentes agentes.....	19
2. Estigma nos profissionais de Saúde Mental.....	21
2.1 Especificidade das diferentes profissões envolvidas no processo de <i>recovery</i>	21
2.2 Estudos sobre o estigma em estudantes e profissionais de Saúde Mental.....	25
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO.....	29
1. Metodologia.....	30
1.1 Instrumentos.....	30
1.2 Procedimento.....	31
1.3 Caracterização da amostra.....	31
2. Apresentação dos resultados.....	35
3. Discussão dos resultados.....	46
CONCLUSÕES.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXO: APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	64

INTRODUÇÃO

Este trabalho de investigação surge no contexto do exercício profissional actual na área da saúde mental e do nosso interesse em aprofundar conhecimentos na área do estigma por parte dos profissionais que exercem a sua actividade profissional nesta área.

A literatura actual é vasta e comprova a existência de atitudes estigmatizantes perante a doença mental ao nível de vários grupos sociais, incluindo os profissionais de saúde. No relatório da CNRSSM (2007, p.12) afirma-se que “*os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continuam a persistir, mesmo entre os profissionais da área da saúde*”. Neste sentido, é fundamental desenvolver estudos em Portugal, numa primeira fase de carácter exploratório, com o objectivo de analisar as concepções e os padrões atitudinais dos profissionais de saúde mental face à doença mental, que deveriam constituir os primeiros agentes no combate ao estigma e à discriminação das pessoas que dela padecem.

No que se refere aos processos de estigmatização e suas consequências, só no século XX é que estes começaram a ser estudados de forma aprofundada, tendo sido Goffman (1963) um dos autores mais significativos nesta temática. Segundo este autor, estamos perante um processo de estigma quando um grupo de pessoas atribui uma marca discriminatória ou característica distinta a outro grupo, normalmente minoritário, privando-o dessa forma de direitos e privilégios que lhe deveriam estar associados. Um grande contributo para o entendimento dos fenómenos de estigma por parte da sociedade em relação ao doente mental foi o modelo proposto por Corrigan e colaboradores (2003) denominado “*attribution model of public discrimination towards people with mental illness*”, elaborado com base no “*attribution model of helping behaviour*” de Weiner (1980). O modelo proposto relaciona vários conceitos, como atribuições causais (controlabilidade e responsabilidade), familiaridade com doença mental, perigosidade percebida, respostas emocionais (raiva, medo e pena) e comportamentos de ajuda ou rejeição. Define ainda três processos cognitivo-emocionais que determinam o comportamento: processo de atribuição, percepção de perigosidade e efeitos da familiaridade.

São vários os estudos que têm revelado atitudes menos positivas face à doença mental por parte dos próprios profissionais de saúde mental, constituindo assim um problema que poderá afectar não apenas a adesão ao tratamento como também a própria eficácia (Link, 2001; Sirey, 2001, cit. por Sadow & Ryder, 2008). No entanto ainda são pouco os estudos que testaram de forma específica aspectos da teoria de atribuição de Corrigan e colaboradores (2003) e a sua relação com comportamentos de ajuda ou discriminação por parte dos

profissionais de saúde perante adultos com doença mental (Mackay & Barrowclough, 2005). Assim, este trabalho apresenta como objectivo conhecer o estigma face à doença mental, através de estereótipos, de alunos de cursos superiores da área da saúde que integram a constituição das equipas dos serviços de saúde mental (Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), bem como, verificar se esse perfil é diferente em função do curso, ano do curso e características individuais (como idade, sexo, existência de filhos, naturalidade, situação laboral, grau de contacto com doença mental, etc).

Para atingirmos os objectivos propostos, estruturamos o trabalho em dois capítulos. No primeiro, apresentamos o enquadramento teórico, começando por caracterizar os conceitos de saúde, doença mental e estigma, abordando desde a evolução histórica até às especificidades relacionadas com o estigma em profissionais de saúde mental. No segundo capítulo apresentamos o estudo empírico efectuado com 643 estudantes de cursos superiores da área da saúde (Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), divididos entre o primeiro e o último ano da licenciatura, que se encontram integrados na Universidade e no Instituto Politécnico do Porto. Neste segundo capítulo descrevemos a metodologia e os resultados obtidos. Terminamos com a apresentação de algumas conclusões, referindo ainda a bibliografia consultada e apresentando em Anexo o questionário utilizado neste estudo.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo começaremos por caracterizar brevemente os conceitos de saúde e doença mental para posteriormente aprofundarmos o conceito de estigma em várias dimensões, terminando com o estigma nos profissionais de Saúde Mental.

1. Doença Mental e Estigma

Iremos num primeiro momento efectuar uma abordagem aos conceitos de saúde, doença mental e estigma e posteriormente analisar as consequências do estigma no processo de *recovery* do doente mental bem como os diferentes agentes promotores de estigma.

1.1 Saúde e Doença Mental

Uma vez que neste trabalho se procuram analisar as atitudes face à doença mental, é imperativo que os próprios conceitos de saúde e doença mental sejam explorados, ainda que de uma forma sintética e objectiva. Assim, no que refere à saúde mental, encontramos uma referência integrada na definição primordial da OMS, que conceptualiza saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença” (Relatório sobre a Saúde no Mundo, 2001, p. 2). Ainda segundo a OMS (2001, p. 29), no Relatório sobre a Saúde no Mundo encontramos ainda “para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países”.

São várias as áreas da ciência que têm tido como objecto de análise e reflexão a conceptualização de saúde e especificamente de saúde mental, nomeadamente a Sociologia, a Antropologia e a Epistemologia. Coelho e Almeida (2002) procuraram analisar comparativamente as teorias de diversos autores, enfatizando aqueles cujas perspectivas são dominantes entre os cientistas sociais que se dedicam na actualidade ao estudo dos conceitos de saúde e doença. Salientam assim Becker (1980), Goffman (1982) e Scheff (1999), com os seus contributos para a teoria do rótulo na área da sociologia, desenvolvida nos anos sessenta e setenta, e Kleinman (1988) na antropologia interpretativa.

Segundo Alves (2008), existe uma relação complexa entre vários conceitos nomeadamente saúde e doença, sociedade, cultura e medicina, veiculada pelas ciências sociais e antropológicas, desde que se iniciaram os primeiros trabalhos no âmbito da saúde e da medicina. A autora refere os trabalhos de Rivers (1924) como marco fundamental no entendimento da saúde e da doença como subsistemas do sistema social e cultural. Parsons

(1951, cit. por Alves, 2008) desenvolveu a teoria do papel do doente que serviu de base para a análise da saúde individual como papel social, que preconiza a adequação do estado patológico às normas estabelecidas pela sociedade, independentemente dos eventuais desvios biológicos ou sociais que o indivíduo manifeste e que tenham sido causados pela doença.

Canguilhem (1990, cit. por Coelho & Almeida, 2002) por sua vez, à luz da Epistemologia, refere que a dificuldade em definir o conceito de saúde é reconhecida desde a Grécia antiga. Neste sentido, Coelho e Almeida (2002) afirmam que a falta de estudos acerca do conceito de saúde pode indicar uma dificuldade em definir a saúde segundo uma perspectiva positiva e não reducionista, ou seja, perspectivando a saúde como ausência de doença. Referem ainda que a indústria farmacêutica bem como a existência de uma cultura de doença podem constituir influências significativas na manutenção da pobreza conceptual da saúde.

Relativamente à doença mental, frequentemente perspectivada como sofrimento mental (Alves, 2008; Rodrigues & Figueiredo, 2003), trata-se de um conceito que naturalmente foi evoluindo com o passar do tempo, passando-se a relacionar os comportamentos anormais com concepções psicológicas e cientificamente fundamentas, ao invés de os procurar justificar com perspectivas morais e éticas, não significando porém que o estigma associado a este tipo de doenças tenha diminuído à medida que aumentam os conhecimentos na área. Fazenda (2008) refere o século XIX como período significativo de evolução na forma de encarar a doença mental: a loucura começou a assumir o estatuto de doença ou de problema de saúde contrapondo-se à perspectiva de loucura como contributo para a desordem pública tal como os pobres e outros marginalizados da sociedade. Para isto contribuiu também o início da psiquiatria como disciplina médica e profissão e a consequente alteração da nomenclatura de asilo para hospital mental ou psiquiátrico, conduzindo assim à necessidade da concepção do diagnóstico e do tratamento para os doentes mentais (Castro, 2005).

Durante a década de 60, vários autores que posteriormente foram sinalizados como os mentores do movimento da anti-psiquiatria, procuravam desafiar as práticas fundamentais da psiquiatria tradicional. Szasz (1960, cit. por Gabriel et al., 2007), por exemplo, defendia que a doença mental não era mais do que um mito enquanto Laing (1990, cit. por Gabriel et al., 2007) relacionava os aspectos existenciais da sintomatologia psiquiátrica com o contexto familiar opressivo em que os indivíduos viviam. Ainda seguindo esta linha de pensamento, Foucault (1987) procurou descrever o quadro político e social associado ao aparecimento das instituições de saúde mental, apresentando a doença mental como uma construção social.

Durante o século XX verificou-se um aumento da diferenciação da opinião pública entre as psicopatologias agudas, provenientes de dificuldades de adaptação a acontecimentos de vida e tratáveis em ambulatório através de psicoterapia, e as psicopatologias crónicas, cujo contexto de tratamento alterna entre o internamento hospitalar e a comunidade, através de estruturas de apoio. Relativamente à psicopatologia crónica, continuam associadas as perspectivas de permanência da sua condição, tratamentos maioritariamente biológicos e estereótipos como perigosidade. A literatura actual apresenta, na maioria das vezes, a doença mental através da relação entre conceitos-chave como anormalidades estatísticas, desvio da norma social e défice/limitação pessoal (Anthony et al., 2002, cit. por Marques, 2007). Relativamente ao par conceptual normal/ anormal e a sua relação com a saúde e a doença mental, Devereux (1997, cit. por Alves, 2008), sugere que se tratam de conceitos base na psiquiatria e que um determinado comportamento, para ser catalogado como anormal ou patológico, necessita de ser avaliado não apenas relativamente ao comportamento geral de um grupo mas também de acordo com a função que este comportamento apresenta num determinado contexto social.

Segundo o DSM-IV-TR (2002) a perturbação mental é conceptualizada como um padrão psicológico ou de comportamento específico, que se manifesta num indivíduo e que se encontra associado a factores de ansiedade e/ou a disfunção em uma ou mais áreas da vida. Este síndrome ou padrão não poderá estar relacionado com respostas culturais a determinados acontecimentos de vida e, independentemente da sua causa, tem de ser considerado uma manifestação de disfunção comportamental, psicológica ou biológica. Actualmente este manual de classificação encontra-se a ser revisto de forma a ser publicado o DSM-V, possivelmente em 2013. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2009), uma das principais propostas de alteração consiste na fusão dos eixos I, II e III existentes actualmente no DSM-IV para uma só categoria. Desta forma realizar-se-á uma aproximação desta classificação à Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde, caracterizou a perturbação mental como alteração do pensamento e das emoções, causada por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social e assim resultante de factores biológicos, psicológicos e sociais. Apesar da evolução que se tem verificado no que diz respeito ao conceito de doença mental, autores como Rodrigues e Figueiredo (2003), num estudo qualitativo realizado com o objectivo de analisar as concepções em profissionais, utentes e familiares, encontraram resultados que remetem para o entendimento da doença mental como dependente de múltiplos factores. No entanto, no caso dos profissionais, estes resultados expressam uma visão

reducionista, caracterizada pela simples reprodução dos conhecimentos adquiridos anteriormente, sem perspectivarem o desenvolvimento de novos modelos de actuação.

Hinshaw (2007) afirma que efectivamente não existe uma definição de doença mental que seja consensual ao nível clínico, filosófico e científico e o mesmo se passa relativamente a algumas doenças físicas, nas quais as fronteiras relativamente à doença e saúde ainda não se encontram bem definidas. Quando os sintomas da doença são sentimentos, pensamentos e comportamentos, e tendo em conta que as relações entre o cérebro, a mente e o comportamento ainda se encontram em fase de exploração, ainda mais difícil se torna o processo de elaboração de definições.

Procedemos de forma muito breve à caracterização dos conceitos de saúde e doença mental, prosseguindo com uma abordagem mais profunda ao conceito de estigma, de acordo com a sua pertinência para este trabalho de investigação.

1.2. Conceito de Estigma

A abordagem ao conceito de estigma terá início com a descrição da própria evolução histórica do conceito até à conceptualização actual, ao qual se seguirá uma breve análise das consequências do estigma no processo de *recovery* e finalmente um levantamento dos diversos agentes promotores de estigma face à doença mental.

1.2.1 Evolução histórica e conceptualização actual

Historicamente o termo "estigma" provém da Grécia Antiga, e refere-se a uma marca que era aplicada através de um corte ou queimadura na pele dos escravos e dos criminosos com o objectivo de que fossem reconhecidos como tal e consequentemente considerados membros com menor valor na sociedade. Apesar deste conceito não ser directamente aplicado às pessoas com doença mental da época, as atitudes estigmatizantes já eram observáveis, tal como se pode constatar por alguns exemplares da literatura grega (Thornicroft, 2006).

Mais tarde, com o aparecimento do Cristianismo, a palavra *estigma* passa a representar algo diferente relativamente ao período da Grécia Antiga: é associado às feridas que Cristo teve no seu corpo, encerrando assim uma mensagem de diferença pelo sofrimento. Segundo alguns autores, a perseguição contra as bruxas levada a cabo pelos cristãos durante o período da Inquisição, tal como descrito na obra *Malleus Maleficarum* de 1486, poderá ter estado na origem da evolução das atitudes estigmatizantes perante a doença mental, que na altura era interpretada com carácter religioso ou sobrenatural contrariamente à doença física (Thornicroft, 2006).

Focault (1987) afirma que até ao final da idade média os leprosos eram as principais vítimas da exclusão e marginalização social devido às características evidenciadas pela sua doença. No entanto, após a erradicação da lepra, as atitudes de exclusão e estigmatização foram transferidas para a população portadora de doença mental. Este autor descreve e enfatiza a importância que os sinais de doenças como a lepra, sífilis e doenças do foro mental adquiriram durante toda a época medieval, contribuindo dessa forma para a exclusão destes doentes. A este período histórico Foucault (1987) atribuiu a concepção “mágico-religiosa”, na qual a forma de lidar com os “tolos” e “loucos” consistia em pedidos de intervenção divina através de orações e exorcismos, posterior exclusão social e, em situações extremas, encarceramento. Entretanto, no início do século XV, surgiu a ideia da criação de asilos específicos para doentes mentais sendo o primeiro asilo na Europa, Valência, 1409, obra de Gilabert Jofré. Porém, o conceito de asilo, com o tempo, foi perdendo o objectivo original, uma vez que os doentes se encontravam a coabitar com criminosos e vagabundos, sujeitos em muitos casos a condições degradantes de higiene, alimentação e privação da liberdade (Anthony et al., 2002).

Apesar de em ambos os lados do Atlântico se conhecerem instituições com o objectivo de confinar os indivíduos, que constituíam um perigo para si próprios e perturbavam os outros, foi a descoberta de que estas instituições poderiam ter uma função terapêutica que conduziu ao nascimento da Psiquiatria. Assim, William Tuke, no York Retreat em Inglaterra, e Philippe Pinel, no Asilo de Bicêtre em França, foram reconhecidos internacionalmente pela introdução do tratamento moral no início do século XIX na Europa. Pinel marcou também a história da psiquiatria através da sua atitude relativamente ao doente mental: em 1795, inspirado pelos ideais de liberdade e orientações humanistas da Revolução Francesa, cortou as correias que aprisionavam os doentes mentais. Este gesto não foi adoptado por muitos asilos e hospitais psiquiátricos, que por muito tempo optaram por manter os doentes mentais sob as mesmas condições e à margem da sociedade, perpetuando assim a sua estigmatização (Anthony et al., 2002, cit. por Marques, 2007).

Com o objectivo de melhorar as condições de atendimento às pessoas com doença mental nasce no início do século XX, nos EUA, o movimento que ficou conhecido como Higiene Mental, cuja filosofia pretendia a integração da Psiquiatria na vida da comunidade. Este movimento, primeiro nos EUA e depois na Europa, veio promover a criação de métodos de prevenção primária, secundária e terciária das doenças mentais e consequentemente lançar as bases da Psiquiatria comunitária (Melo, 1981, cit. por Marques). Assim, começa a eclodir em França uma perspectiva social da Psiquiatria, que se assume como um movimento de

questionamento e de ruptura com a estrutura existente e que posteriormente viria permitir o início da reflexão acerca da forma como a doença mental era percebida pela sociedade.

De facto só no século XX é que os processos de estigmatização e as suas consequências começaram a ser estudados de forma aprofundada, sendo Goffman (1963) um dos seus precursores. Este autor introduziu o conceito de estigma mais utilizado até à actualidade. Segundo Goffman (1963), estamos perante um processo de estigma quando um grupo de pessoas atribui uma marca discriminatória ou característica distinta a outro grupo, normalmente minoritário, privando-o dessa forma de direitos e privilégios que lhe deveriam estar associados. O autor afirma que o estigma pode ser associado a diversos aspectos: a anormalidades do corpo (deformidades físicas), a condições de carácter individual (crenças falsas e rígidas, alcoolismo, homossexualidade, desemprego, vícios) e com aspectos colectivos (raça, nação e religião). Por outro lado, desenvolveu um modelo explicativo que distinguiu dois tipos de estigma: estigma visível e estigma invisível. Segundo o autor, o estigma visível é percebido ou sentido pelas pessoas que possuem uma determinada característica específica e, por isso, a principal preocupação é relativa à maneira de lidar com a tensão gerada na interacção social. O estigma invisível só se torna real quando a característica é revelada, directa ou indirectamente. Neste sentido, surge a questão do controlo da informação da sua própria condição e por isso, em muitas situações, as pessoas escondem a sua doença por vergonha ou medo de serem julgadas ou estigmatizadas (Goffman, 1963).

Becker (1963) deu continuidade ao conceito de estigma proposto por Goffman (1963), ressaltando que os grupos sociais criam normas, cujas infracções constituem desvios e, como consequência, as pessoas infractoras são rotuladas como diferentes das restantes. De acordo com o seu ponto de vista, o estigma não é característica da atitude da pessoa, mas uma consequência da aplicação de normas sociais. Por sua vez, Elliot e colaboradores (1982, cit. por Hinshaw, 2007) referem-se ao estigma como forma desviante que leva os outros a julgar os indivíduos como seres ilegítimos para participar em interacções sociais.

Em 1984, no seguimento dos estudos de Goffman, Jones e colaboradores (cit. por Hinshaw, 2007), definem estigma como a relação existente entre o atributo e o estereótipo, ou seja, é uma característica (atributo) que aproxima a pessoa de características indesejáveis (estereótipo). Neste sentido afirmam que uma pessoa é estigmatizada quando possui uma característica considerada desviante do protótipo ou da norma. No seu modelo de estigma apresentam seis dimensões: visibilidade da característica estigmatizante na sociedade; evolução e duração dessa característica; interferência dessa característica nas relações interpessoais do indivíduo; reacções subjectivas perante a característica estigmatizante;

origem da característica (acidente, doença, etc.); e perigo que esta condição representa para outras pessoas.

Crocker, Major e Steele, (1998) afirmam que uma pessoa estigmatizada é aquela cuja identidade social ou pertença a uma determinada categoria social é desvalorizada pelos outros sugerindo assim que a pessoa estigmatizada possui, ou acredita que possui, um atributo que é desvalorizado em contextos sociais particulares.

No que se refere aos tipos de estigma propostos por Goffman, Reingold (2001) propôs alterá-los para cinco grupos: comportamentos (abuso de álcool e drogas, homossexualidade, abuso sexual), anormalidades estruturais (problemas faciais ou corporais), anormalidades funcionais (físicas, motoras, mentais, de linguagem, de audição e outras), doenças contagiosas (SIDA, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis) e outros (como, por exemplo, cancro).

Com o objectivo de procurar descrever o processo estigmatização, Link e colaboradores (2001) conceptualizaram um modelo constituído por quatro componentes chave: rotular (características pessoais específicas são percebidas como significativamente diferentes); criar estereótipos (associação dessas diferenças a características indesejáveis); separar (distinção categorial entre um grupo maioritário e “normal” do grupo rotulado como significativamente diferente); e perda de estatuto e discriminação (desvalorização, rejeição e exclusão do grupo rotulado). Este modelo integra ainda a componente reacções emocionais que pode estar associada a cada um dos componentes anteriores.

Cancro e Meyersen (2002) definem estigma como marca ou sinal que denota um defeito no indivíduo, o que revela uma forma de controlo da própria sociedade. Por sua vez, Ablon (2002) propôs cinco dimensões para se entender melhor o processo do estigma nas condições de saúde: natureza da condição, fontes que criam e perpetuam o estigma, natureza das populações estigmatizadas, tratamentos e estratégias de combate. A natureza da condição refere-se à compreensão da condição em si. As fontes que criam ou perpetuam o estigma envolvem atitudes e regras familiares, escolares e sociais. A natureza da população estigmatizada enfoca o tipo de sociedade em que vivem estas populações. Os tipos de tratamento envolvem o entendimento dos que são realmente indicados para o paciente. E por último, as estratégias de combate dizem respeito à maneira como os indivíduos estigmatizados lidam com o estigma e com as dificuldades diárias.

Um dos autores que mais recentemente se tem debruçado sobre a temática em questão é, que em 2001 elaborou o modelo Cognitivo-Social através do qual procurou descrever o

processo que conduz à discriminação, relacionando estímulos discriminatórios com o comportamento que surge após a acção de mediadores cognitivos. Segundo Penn e Martin (1998, cit. por Corrigan et al., 2008), existe um conjunto de sinais que provoca reacções estigmatizantes: sintomas da doença (afecto desapropriado, comportamento bizarro, entre outros), aspecto físico do doente mental (aspecto pouco atractivo, cuidados de higiene diminuídos), défice de competências sociais (contacto ocular, linguagem corporal, temas de conversas inapropriados) e “rótulos” (colocados pelos profissionais de saúde, pelo próprio, por outros). Estes sinais poderão funcionar como estímulo para que mediadores cognitivos como os Estereótipos e os Preconceitos actuem no sentido de promoverem um comportamento discriminatório.

Corrigan e colaboradores (2003) dividem o estigma em dois sub-tipos: o estigma público, ou da população em geral, que constitui objecto do nosso trabalho, e o auto-estigma que consiste no estigma percebido pelo próprio doente. Estes dois sub-tipos, actuam no doente mental em níveis diferentes mas possuem ambos três componentes que constituem o paradigma psicologico-social: estereótipo, preconceito e discriminação.

Os estereótipos são estruturas do conhecimento aprendidas pela maior parte dos elementos de um determinado grupo social (Augoustinos Ahrens & Innes, 1994; Rozell & Jonhson, 1996, cit. por Corrigan et al., 2008) e representam colectivamente características relativas a um grupo através da categorização. São vários os estereótipos e as crenças acerca da doença mental que podem influenciar as atitudes dos indivíduos, como o carácter imprevisível, violento e perigoso dos doentes (Angermeyer, 2004; Corrigan et al., 2001; Phelan et al., 2000). Precisamente devido ao conceito de perigosidade do doente mental, alguns autores consideram o medo e a exclusão ou segregação como estereótipos mais comuns (Brockington et al., 1993, cit. por Holmes, 1999; Corrigan, 2004, cit. por Monteiro & Madeira, 2007). Sadow e Ryder (2008) enfatizam igualmente o estereótipo de perigosidade como factor de desejo de evitamento e distância social.

Num estudo de Loureiro e colaboradores (2008) realizado em Portugal com 834 indivíduos da população geral, no qual se procurou aprofundar o conhecimento das crenças e atitudes acerca dos doentes mentais, os resultados obtidos quer quanto à perigosidade quer quanto à crença de incurabilidade da doença mental confirmaram os resultados de investigações anteriores de diversos autores por ele citados (Angermeyer, 2004, Ayesteran & Paez, 1986; Crisp et al., 2000; Dullac, 1986; Hirai & Clum, 2000; Link & Cullen, 1983; Martin et al., 2000; Phelan et al., 2000; Pichot, 1983; Scull, 1981; Skinner, 1992; Williams et al., 2001). Segundo o mesmo autor, à semelhança de Pescolido (1999), Crisp (2000) e

Williams e colaboradores (2001), apesar do aumento crescente do conhecimento e aceitação da doença mental por parte da sociedade, crenças fortemente enraizadas como a perigosidade continuam presentes na actualidade de forma muito significativa. Neste estudo salientou-se ainda como aspecto positivo no que diz respeito às atitudes face a doença mental, os baixos valores registados nas atitudes autoritárias e os valores mais elevados nas atitudes paternalistas ou benevolentes. Segundo Cohen e Struening (1962, cit. por Corrigan et al, 2001), as atitudes autoritárias representam a crença de que os doentes mentais pertencem a um grupo inferior comparativamente às pessoas normais e consequentemente necessitam de ser controladas e tratadas de forma coerciva. Por outro lado, as atitudes paternalistas ou benevolentes reflectem a tendência para se encarar o doente mental como pessoa que necessita de protecção e cuidado tal como uma criança. Segundo Weiner (1995, cit. por Corrigan, 2001), as atitudes paternalistas podem contribuir para que os indivíduos cataloguem o doente mental como irresponsável e neste sentido sintam raiva e desejo de distância social relativamente ao doente. Ainda relativamente a atitudes de carácter autoritário, autores referem que a manifestação deste padrão comportamental reflecte a crença de que as pessoas com doença mental grave não apresentam condições para tomar decisões pessoais e por este motivo estas deverão ser tomadas por terceiros (Brockington et al., 1993, cit. por Holmes, 1999; Taylor & Dear, 1980, cit. por Corrigan, 2001).

Corrigan e colaboradores (2004) realizaram um estudo onde procurou relacionar atitudes estigmatizantes e a política de distribuição de recursos de acordo com a tipologia dos serviços de saúde mental. Como resultados desta investigação, o autor concluiu que é possível associar atitudes autoritárias e sentimento de pena perante o doente mental. Neste sentido, verificou que os participantes que registaram valores mais elevados de pena consideravam mais importante a disponibilização de recursos para o tratamento compulsivo. De igual forma, participantes que consideravam que os serviços de saúde mental deveriam ser coercivos (forçando o doente a realizar o tratamento) e segregativos (centralizando os doentes mentais em serviços fora da sua comunidade) também atribuíram maior necessidade de recursos aos serviços para tratamento compulsivo comparativamente aos serviços de reabilitação.

Num outro estudo, Corrigan e colaboradores (2005) investigaram adolescentes, procurando avaliar, além da familiaridade com a doença mental e a perigosidade, o estereótipo responsabilidade, que consiste na atribuição do controlo do aparecimento e gestão dos sintomas da doença mental ao próprio doente. Neste estudo, no qual utilizaram uma versão revista do AQ-27, os autores apresentaram quatro vinhetas relativas a condições distintas em adolescentes: com doença mental, com doença mental induzida por tumor

cerebral, com abuso de álcool e com leucemia. Concluíram que, tal como em estudos anteriores realizados com adultos, os adolescentes apresentam variações nas atitudes discriminatórias de acordo com a condição de saúde apresentada, sendo a discriminação mais visível no caso de adolescentes que manifestem problemas de abuso de álcool. Concluíram ainda que nesta amostra, a atribuição dos estereótipos perigosidade e responsabilidade constituem grande influência na promoção de comportamentos discriminatórios. No que se refere ao estereótipo responsabilidade, investigações anteriores sugerem que as pessoas com doença mental comparativamente a pessoas com cancro ou doenças cardíacas são vistas como mais responsáveis pelo seu estado (Corrigan, River & Lundin, 2000; Weiner, Perry & Magnusson, 1988, cit. por Corrigan et al. 2005).

Além dos estereótipos e das atitudes supracitadas, existem ainda mitos relacionados com a doença mental que influenciam a forma como a sociedade interage com o doente mental. O conceito de mito não se encontra definido de forma precisa e unânime no entanto existem alguns autores que ao longo dos tempos foram reflectindo sobre o conceito tais como Freud e Jung (ambos cit. por Stenudd, 2006) e mais recentemente Eliade (2000). Segundo Freud, os mitos podem ser considerados como expressão simbólica dos sentimentos e atitudes inconsciente de um povo. Para Eliade (2000, p.12) “o mito é uma realidade cultural extremamente complexa, que pode ser abordada e interpretada em perspectivas múltiplas e complementares...o mito conta uma história sagrada, (...) uma realidade que passou a existir, quer seja uma realidade total, o Cosmos, quer apenas um fragmento, (...) um comportamento humano, é sempre portanto uma narração de uma criação, descreve-se como uma coisa foi produzida, como começou a existir”.

Thornicroft (2006) elaborou uma vasta lista de mitos acerca da doença mental: relacionados com a incapacidade (de trabalhar, de recuperar), com a causa da doença (unicamente genética, fragilidade da personalidade, má relação com os pais na infância, má educação, envelhecimento, deficiência mental) e outros como a crença de que a doença mental não é uma verdadeira doença médica, só afecta outras pessoas e é uma doença rara.

No entanto, um indivíduo pode ter conhecimento das crenças e dos estereótipos existentes relativamente a um determinado grupo social e não ter preconceito ou seja, pode não considerar válidos os estereótipos e por esse motivo não demonstrar reacções emocionais negativas (Devine, 1988; Krueger, 1996, cit. por Corrigan et al., 2008). O preconceito trata-se da resposta emocional e cognitiva que conduz a uma reacção comportamental negativa – discriminação. López e colaboradores (2008) salientam que o conceito discriminação pode ser diferenciado e analisado segundo duas perspectivas: “propensão para a acção” ou “distância

social desejada” e acções reais e efectivamente discriminatórias relativamente aos membros de um determinado grupo. Este autor, tal como Corrigan, Markowitz e Watson (2004), reflecte ainda sobre um conceito da sociologia – “discriminação estrutural”, que se manifesta nas políticas adoptadas e que pode de forma mais ou menos explícita contribuir para a manutenção dos processos de estigmatização. Num estudo realizado na Alemanha por Angermeyer e colaboradores (2003), no qual se procurou avaliar a perspectiva dos familiares de pacientes com Esquizofrenia no que diz respeito ao estigma, um dos resultados encontrados como maior fonte de estigma foi a discriminação estrutural.

Concretizando as relações entre os conceitos analisados anteriormente, segundo Corrigan e colaboradores (2003), no estigma público o estereótipo está relacionado com a existência de crenças negativas acerca de um grupo específico como por exemplo perigosidade, incompetência e fragilidade da personalidade. O preconceito surge quando se verifica a aceitação dessa crença como verdade absoluta e/ ou quando existe uma reacção emocional negativa como raiva ou medo, perante uma pessoa à qual se associa a crença negativa. A discriminação designa um comportamento que funciona como resposta ao preconceito, por exemplo, evitar dar oportunidades de empregabilidade e alojamento ou não prestar apoio se necessário. Por outro lado, o auto-estigma, implica que a pessoa conceptualize crenças negativas acerca de si própria como sentido de incompetência e fragilidade da sua personalidade (estereótipo), aceite essa crença como realidade e/ou manifeste reacções emocionais negativas como baixa auto-estima e baixo sentimento de auto-eficácia (preconceito), e finalmente responda comportamentalmente aos preconceitos como por exemplo, faltar a entrevistas de emprego ou simplesmente não procurar esse tipo de oportunidades.

Um grande contributo para o entendimento dos fenómenos de estigma por parte da sociedade em relação ao doente mental foi o modelo proposto por Corrigan e colaboradores (2003) “*attribution model of public discrimination towards people with mental illness*”, elaborado com base no “*attribution model of helping behaviour*” de Weiner (1980). O conceito *Attribution*, que traduzindo se refere a explicação ou atribuição, à luz da Psicologia Social representa a forma como os indivíduos explicam a causa dos eventos, o comportamento dos outros e o seu próprio comportamento.

Heider (1958) foi o primeiro autor a propor uma teoria psicológica da atribuição que posteriormente foi desenvolvida por Weiner (1980) e transformada num quadro teórico que se tornou num dos maiores paradigmas da investigação na psicologia social. Segundo a teoria da atribuição, o ser humano procura sempre perceber e determinar o motivo pelo qual os outros

indivíduos manifestam um determinado comportamento, tentando atribuir uma ou mais causas ao referido comportamento. Heider (1958) defende que o ser humano está continuamente e espontaneamente a elaborar inferências causais perante determinado acontecimento, inferências estas que se podem transformar em crenças ou expectativas e conduzir a um processo de predição da própria evolução do acontecimento, influenciando significativamente o comportamento do indivíduo. Segundo o autor, existem dois sub-tipos de atribuições que podem ocorrer: interna, quando o comportamento do outro é percebido como causa de factores como personalidade, carácter, disposição, entre outros e externa quando se infere que o comportamento da pessoa é consequência de um factor externo relacionado com a situação em que está envolvida. Neste sentido, esta teoria permite analisar como é que os indivíduos interpretam os eventos e em que medida essas interpretações estão relacionadas com a sua forma de pensar e de agir.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Corrigan e colaboradores (2003) desenvolveram um quadro teórico relativamente à forma de como as pessoas respondem aos comportamentos das pessoas com doença mental. O modelo proposto relaciona vários conceitos: atribuições causais (controlabilidade e responsabilidade), familiaridade com doença mental, perigosidade percebida, respostas emocionais (raiva, medo e pena) e comportamentos de ajuda ou rejeição. Por outro lado, define três processos cognitivo-emocionais que determinam o comportamento: processo de atribuição, percepção de perigosidade e efeitos da familiaridade. Segundo o autor, no que se refere ao primeiro processo mencionado, o indivíduo tende a fazer atribuições relativamente à causa e controlabilidade de um determinado comportamento de outro indivíduo, relacionando estes aspectos com o factor responsabilidade. Estas inferências provocam reacções emocionais negativas que consequentemente irão influenciar a manifestação de comportamentos de ajuda ou rejeição. No caso de se considerar que a causa do comportamento/ doença esteve sob o controlo do indivíduo, tendencialmente este será entendido como responsável pelo seu estado. Por outro lado, se a causa da doença for associada a factores externos ao indivíduo, a atribuição de responsabilidade diminui e consequentemente prevê-se a diminuição das respostas emocionais negativas e o aumento dos comportamentos de ajuda.

No que se refere ao segundo processo cognitivo-emocional supracitado, segundo Corrigan e colaboradores (2003), a perigosidade percebida é outro componente fundamental na produção de atitudes e respostas comportamentais negativas. Phelan e colaboradores (2000) afirmam que a perigosidade é um dos estereótipos mais presentes relativamente à doença mental, que desencadeia o desejo de distância social.

No que se refere à familiaridade com a doença mental, Angermeyer e colaboradores (2004) e Penn e Couture (2002) confirmam que quanto maior é o nível de familiaridade, menor é o nível de estigma, de desejo de evitamento social e de percepção de perigosidade. Arvaniti e colaboradores (2008) apresentaram conclusões idênticas a propósito do estudo que realizaram com profissionais da área da saúde. Crisp e colaboradores (2005), relativamente a uma investigação de âmbito nacional que realizaram em 2003 com 1725 pessoas, constituindo uma amostra representativa da população inglesa, concluíram que 77% dos inquiridos conheciam pelo menos uma pessoa com uma das sete doenças mentais apresentadas – depressão grave, perturbação de pânico ou fobia, esquizofrenia, demência, perturbação do comportamento alimentar, alcoolismo ou toxicod dependência. Penn e Couture (2002) e Angermeyer e colaboradores (2004) desenvolveram estudos quer em estudantes, quer com amostras de adultos, cujos resultados se revelaram consistentes com as noções do processo de atribuição e de percepção de perigosidade bem como com a influência da familiaridade no estigma público perante a doença mental.

Podemos concluir que o conceito de estigma possui várias definições e modelos explicativos, o que se pode justificar pela sua aplicação a diversas condições, sendo que cada definição diz respeito às características específicas de cada situação particular. Outro motivo explicativo da variabilidade de definições de estigma pode residir no facto do estudo acerca deste tema ser multidisciplinar, com contribuições de diferentes áreas como psicologia, sociologia, antropologia, entre outras. Assim sendo, os investigadores formulam as suas definições de acordo com as suas orientações teóricas, o que pode resultar em diferentes visões sobre o mesmo tema. Actualmente, a literatura existente acerca desta temática é vasta e foram vários os autores a procurar definir e conceptualizar este processo que se considera tão complexo devido ao seu carácter multidimensional.

Após a exploração do conceito de estigma e dos modelos associados, iremos seguidamente apresentar, de uma forma global, as consequências dos processos de estigmatização no processo de *recovery*.

1.2.2 Estigma e consequências no processo de *recovery*

Desde há cerca de 50 anos que são vários os investigadores que procuram perceber as razões pelas quais uma percentagem significativa de pessoas com doença mental evitam procurar os serviços de saúde. Segundo dois estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, entre 50% a 60% da população que beneficiaria de acompanhamento por parte dos serviços de saúde mental não o procuram, facto que, segundo os autores, se encontra mais

presente quando as pessoas com doença mental apresentam tendência para desvalorizar a necessidade de tratamento perante problemas do foro psicológico ou emocional (Kessler et al., 2001; Robins & Regier, 1991). O medo de ser rotulado como “doente mental” e todas as consequências sociais que daí advêm é uma das hipóteses colocadas pelos investigadores e que conduziu ao aumento da investigação nesta área e áreas relacionadas.

Em 1966, Lamy publicou um estudo sobre as consequências sociais da doença mental cujo objectivo específico foi perceber a percepção da população em geral relativamente às pessoas com diagnóstico psiquiátrico publicamente conhecido, e que tinham recebido tratamento num hospital especializado com alta posterior. Para tal, reuniu uma amostra de estudantes universitários de cidades diferentes, de arte e de psicologia, à qual pediu para responder de forma imediata a um conjunto de trinta questões. Perante uma situação sugerida, cada participante deveria responder se associava essa situação mais facilmente a um homem que teve uma doença mental grave e que passou algum tempo internado numa instituição psiquiátrica ou a um homem que foi culpado de um crime ofensivo grave e por esse motivo passou um período de tempo considerável na prisão. Os resultados deste estudo referem que os estudantes partilhavam de um quadro de referência ou sistema de valores semelhantes no que se refere à avaliação de ex-pacientes de uma instituição psiquiátrica e de ex-reclusos. O papel de ex-paciente foi considerado menos desejado que o de ex-prisioneiro. Perante uma situação de emprego com funções simples e com necessidade de grande honestidade os estudantes escolheriam o ex-paciente no entanto, no caso de se tratar de um emprego com grande responsabilidade e com necessidade de permanência por um longo período a opção passa a ser o ex-prisioneiro. Analisando todos os resultados encontrados à luz da literatura, o autor concluiu que a pessoa que teve doença mental é permanentemente avaliada como mais vulnerável e com oportunidades inferiores de empregabilidade.

Apesar de vários estudos analisarem atitudes negativas face à doença mental, isto não corresponde necessariamente ao estudo do estigma enquanto processo. Alguns estudos mostraram uma relação directa entre atitudes estigmatizantes e a adesão ao tratamento (Deane & Todd, 1996, Kelly & Achter, 1995, cit. por Sirey et al., 2001). No estudo de Sirey e colaboradores, que utilizou a *Scale of Perceived Stigma* (Link, 1989), é analisada a perspectiva da população em geral de que as pessoas com perturbação mental são responsáveis pela sua doença. Noutra perspectiva, também com forte fundamentação empírica (Angermeyer & Matschinger, 1996; Link et al., 1999; Penn, 1999 cit. por Cooper et al., 2003), as pessoas com doença mental são vistas como perigosas para a sociedade, e por este motivo geradoras de medo e evitamento. Neste sentido de procurar relacionar atitudes e

adesão ao tratamento, Cooper e colaboradores (2003) colocam a hipótese de que quanto maior for a tendência para perceber o doente como responsável pelo seu estado, menor será a procura de apoio por parte dos serviços de saúde mental no caso de necessidade. Além da possível diminuição na procura de tratamento, as pessoas com doença mental podem ser afectadas em vários domínios da sua vida, devido aos efeitos do estigma, tais como na sua vida diária, no trabalho, em contextos de aprendizagem e na socialização. Segundo Corrigan e colaboradores (2003), o estigma pode criar barreiras ao ponto de as pessoas não serem capazes de atingir objectivos de vida que tinham idealizado. Podem verificar-se também consequências relacionadas com o sistema de justiça criminal e com o acesso a serviços gerais de saúde (Corrigan et al., 2008).

Actualmente, a investigação considera que existem consequências internas e externas que advêm do processo de estigmatização. Os efeitos internos relacionam-se com o impacto psicológico e emocional causado e, conseqüentemente, com a alteração da qualidade de vida da pessoa com perturbação psiquiátrica (Graf et al., 2004). O medo da discriminação pode resultar na redução da utilização dos serviços de saúde mental, na diminuição dos comportamentos relacionados com a procura de ajuda e na redução da adesão ao tratamento (Link et al., 1999; Markowitz, 1998, cit. por Sirey et al., 2001). Num estudo feito em 1999 por Satcher (cit. por Sartorius, 2002), concluiu-se que metade dos americanos que sofriam de uma perturbação psiquiátrica não procuravam ajuda e, em 2004, Sokratis e colaboradores concluíram que os doentes que procuravam os serviços de saúde mental tinham dificuldade na aceitação do diagnóstico e na adesão ao tratamento, devido à influência do estigma e da discriminação.

Como efeitos externos do estigma, encontra-se a discriminação relacionada com a habitação e vida comunitária, trabalho e as interacções sociais das pessoas com doença mental (Hinshaw & Stier, 2008). Relativamente às interacções sociais, Corrigan e colaboradores (2003) afirmam que a doença mental está muitas vezes associada a perigosidade e o indivíduo com perturbação mental é frequentemente considerado responsável pela sua incapacidade. Esta atribuição de responsabilidade pode conduzir a sentimentos negativos perante o doente mental bem como a hesitação perante a necessidade de prestar ajuda.

Por parte da pessoa com doença mental, experienciar o estigma e a discriminação, pode aumentar os níveis de stress e angústia e conduzir a uma diminuição do funcionamento psicossocial (Sokratis et al., 2004; Whal, 1999). Podem surgir sentimentos de raiva, tristeza e desencorajamento e conseqüentemente depressão, ansiedade e baixa auto-estima, aspectos que irão contribuir para a diminuição do investimento por parte do próprio doente no seu processo

de *recovery* (Fink & Tasman, 1992; Link et al., 2001). Segundo Marques (2007) o conceito de *recovery* é multidimensional e, consiste num processo que possibilita ao indivíduo com doença mental maximizar a esperança relativamente ao futuro, envolver-se em actividades significativas e desenvolver a auto-determinação, integrado na sociedade sem sofrer efeitos de estigma e discriminação.

Além das consequências do estigma que se reflectem no indivíduo com doença mental, as pessoas que se relacionam e que consigo estabelecem relações próximas também podem ser alvo de estigma. A este fenómeno Goffman (1963) chamou *estigma associativo*, conceito que reflecte a ideia que não são apenas as pessoas com perturbação psiquiátrica que sofrem devido a preconceitos e discriminação como também familiares ou outros indivíduos que pertençam à sua esfera de relacionamentos.

Segundo a Associação Mundial de Psiquiatria (2008), o estigma cria um ciclo vicioso de exclusão social e discriminação para as pessoas com diagnóstico de doença mental e para as pessoas que pertencem à sua esfera de relacionamentos. Trata-se de uma enorme barreira para a qualidade de vida das pessoas com doença mental e dos seus familiares, por vezes até mais importante do que a própria doença. Quando se procura que cada vez mais as pessoas com doença mental sejam tratadas em estruturas comunitárias, o peso de uma opinião pública negativa pode ter muito mais impacto no doente e no seu sistema familiar. Consequências do estigma como desemprego, auto-estima diminuída, falta de habitação própria e fraco suporte social constituem grandes obstáculos ao processo de *recovery*. Além disso, o estigma e expectativas de estigma, nomeadamente auto-estigma, podem produzir desagregação do sistema familiar e reduzir o fluxo normal das interações sociais pelo desejo de manter em segredo a condição de doente mental.

Apresentamos de seguida os diferentes agentes que podem constituir fontes geradoras de estigma, que podem contribuir para o aparecimento e agravamento das consequências negativas no processo de *recovery* abordadas neste ponto.

1.2.3. Estigma produzido por diferentes agentes

A população geral constitui indubitavelmente um dos maiores promotores de atitudes estigmatizantes perante a doença mental, maioritariamente devido à falta de informação e contacto com a doença mental bem como a perpetuação de mitos erróneos quanto às características deste tipo de doenças, muitas vezes acentuados pelos meios de comunicação social (Loureiro et al., 2008). São vários os autores que um pouco por todo o mundo têm procurado perceber os processos de estigmatização na população geral como é o caso de

Rabkin (1974), Link (1987), Hamre e colaboradores (1994), Phelan e colaboradores (1999), todos citados por Corrigan e colaboradores (2001), Peluso e Blay (2004), Crisp e colaboradores (2005), Chong e colaboradores (2007), Adewuya e Makanjuola (2008), entre outros. Magliano e colaboradores (2004) por exemplo, analisaram as crenças acerca das causas, tratamento e consequências psicossociais da esquizofrenia numa amostra representativa da população geral em Itália que posteriormente compararam com as perspectivas dos familiares e dos profissionais de saúde mental, e concluíram ser de extrema importância a acção ao nível da informação à população geral no que se refere aos aspectos supracitados, de forma a diminuir as diferenças entre as várias perspectivas. Um dos estereótipos mais prevalentes na população geral, já anteriormente abordado, é o da perigosidade que, segundo vários autores é amplamente perpetuado devido aos meios de comunicação social (Leff & Warner, 2006; Wahl, 1999), o que tem motivado o desenvolvimento de estudos específicos nesta área.

Actualmente considera-se que é urgente começar a usar os meios de comunicação social, devido ao seu impacto, para promover campanhas anti-estigma, educando e sensibilizando o público (Loureiro, 2008). Em várias situações as pessoas com doença mental podem partilhar determinadas crenças da população geral em relação a si próprias, actuando igualmente desta forma como agentes promotores de estigma, sendo que esta forma específica se denomina “auto-estigma” (Wahl, 1999). A existência de auto-estigma constitui uma barreira que resulta na necessidade de manterem a sua doença e os respectivos tratamentos em segredo. Os doentes aprendem a não revelar o seu diagnóstico como estratégia de sobrevivência pessoal, de forma a evitar respostas hostis por parte da comunidade (Penn & Couture, 2002, cit. por Monteiro e Madeira, 2007). O medo de receber respostas indesejáveis, o afastamento dos amigos e um défice no sentimento de auto-eficácia na realização de tarefas até então triviais, podem contribuir para alterações na auto-estima destes indivíduos. Segundo Goffman (1963) o ser humano utiliza estratégias diversificadas como resposta ao estigma ou com o objectivo de evitar o rótulo de doente mental. A negação da doença é uma estratégia comum no entanto pode conduzir à não adesão ao tratamento (Leff & Warner, 2006).

No que se refere aos familiares da pessoa com doença mental, estes podem, por um lado e como já foi anteriormente referido, ser vítimas de atitudes estigmatizantes, ao que Goffman (1963) chamou “estigma associativo”, mas também podem apresentar-se como agentes de estigmatização. Alguns autores justificam o processo de estigmatização por parte dos familiares igualmente devido à falta de informação adequada bem como ao cansaço ou *burden* desenvolvido pelo próprio processo contínuo de prestação de cuidados ao doente e

pela falta de recursos de suporte para os familiares (Thornicroft, 2006). Constituindo-se como os principais cuidadores das pessoas com incapacidades psiquiátricas severas, as famílias mantêm muitas vezes a doença do seu familiar em segredo, afastando-se de actividades relacionadas com a interacção social, de forma a evitar a exposição (Leff & Warner, 2006).

Em Portugal, foi recentemente realizado um estudo por Sousa (2009), utilizando a versão portuguesa do questionário AQ-27, com o objectivo de explorar as atitudes e os estereótipos mais presentes em familiares de pessoas com esquizofrenia, para que futuramente possam ser desenvolvidos programas anti-estigma, adaptados para esta população específica.

As associações de familiares, os grupos de auto-ajuda e os programas psicoeducativos têm aqui um papel fundamental na promoção do diálogo, de comportamentos mais saudáveis e da socialização. Segundo alguns autores (Leff & Warner, 2006), as famílias podem constituir uma fonte de importantes experiências para serem utilizadas em programas anti-estigma, nomeadamente os seus relatos na primeira pessoa, que causam um verdadeiro impacto nos seus ouvintes.

Tal como comprovado pela literatura, os próprios profissionais de saúde mental constituem agentes de estigma no entanto, como são objecto do nosso estudo enquanto estudantes, abordaremos as especificidades deste ponto posteriormente.

2. Estigma nos profissionais de Saúde Mental

Uma vez que um dos objectivos do nosso estudo conhecer as atitudes de futuros profissionais de saúde mental, comparando os diferentes cursos envolvidos, consideramos fundamental analisar, ainda que de uma forma pouco aprofundada, os planos de estudo de cada curso bem como as funções gerais de cada profissão. Partimos assim do pressuposto que as especificidades de cada curso e de cada área profissional poderão influenciar a adopção de um determinado padrão de atitudes perante a doença mental. Assim, neste ponto, faremos uma breve descrição da formação e habilitações ao nível da Saúde Mental de técnicos de diversas áreas – Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional e abordaremos a temática do estigma nestes profissionais, apresentando alguns estudos.

2.1 Especificidade das diferentes profissões envolvidas no processo de *recovery*

No que diz respeito ao curso de Enfermagem, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), o exercício profissional da enfermagem deve centrar-se na relação entre o enfermeiro e a pessoa e/ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas, como por exemplo familiares ou recursos comunitários. A enfermagem, dando ênfase à promoção da saúde do indivíduo,

pretende ao longo de todo o ciclo vital prevenir a doença e estimular os processos de readaptação no caso de a doença surgir. Procura ainda auxiliar o indivíduo na satisfação das necessidades humanas fundamentais e a ser independente na realização das actividades da vida diária, através da adaptação funcional aos défices. As intervenções da enfermagem, optimizadas quando o sistema familiar é envolvido no processo de cuidados, podem ser iniciadas por outros técnicos da equipa (por exemplo, prescrições médicas) ou autónomas, quando a prescrição é elaborada pelo próprio enfermeiro. Segundo Osswald (2000), o enfermeiro intervém fundamentalmente para que o indivíduo seja capaz de viver, preferencialmente no seu contexto de origem, maximizando as suas capacidades. O autor afirma que o enfermeiro, membro das equipas cuidadoras, pela sua proximidade com o doente “estabelece relações que entram na esfera da sua corporeidade”. O plano de estudos da licenciatura em enfermagem está estruturado em dois biénios, sendo que o primeiro integra unidades curriculares teóricas e o segundo é constituído por unidades de ensino clínico e estágio. Assim sendo, o 1º ano inclui 4 unidades curriculares obrigatórias, entre 16 obrigatórias e 7 optativas, que poderão fornecer aos alunos contributos importantes para a área da psiquiatria, às quais corresponde uma carga horária total de 250 horas – Psicologia do desenvolvimento, Sociologia da saúde, Psicologia da saúde e da doença e Processos familiares e comunitários. No 2º ano, encontramos 12 unidades curriculares obrigatórias e 9 optativas, e como disciplina de relevo para a área da saúde mental temos Comportamento e Relação (75 horas). No 3º ano não existe nenhuma unidade curricular específica em saúde mental e finalmente no 4º ano do curso encontra-se o estágio em saúde mental, ao qual corresponde uma carga horária de 190 horas.

No que diz respeito aos profissionais médicos, segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), o conceito de medicina tradicional refere-se a práticas, abordagens e conhecimentos que, integrando conceitos materiais e espirituais e através da aplicação única ou combinada de técnicas específicas, pretende diagnosticar, tratar e prevenir doenças, procurando manter o bem-estar e a qualidade de vida de indivíduos e populações. Assim, o profissional de medicina pode exercer a sua profissão em três áreas distintas: clínica geral, saúde pública e medicina hospitalar, sendo as funções distintas em cada uma destas áreas. No que diz respeito às formações em áreas específicas ou especialidades, necessárias para prestar os cuidados diferenciados na medicina hospitalar, estas dividem-se em três tipos: médicas, cirúrgicas e médico-cirúrgicas, sendo que da última faz parte a especialidade psiquiatria. Relativamente à formação académica de base em Medicina e às disciplinas relacionadas com a saúde mental, apenas encontramos, no 2º ano, Psicologia Médica I e II, no primeiro e

segundo semestre respectivamente. No 5º ano, como disciplina obrigatória anual, os alunos frequentam Psiquiatria e Saúde Mental o que acontece igualmente no 6º e último ano, mas numa perspectiva de prática clínica. Carapinheiro (1993, p. 166) afirma, a propósito de vários estudos que têm vindo a ser desenvolvidos acerca da influência socializadora da educação médica nos alunos de medicina, que “as atitudes e os valores dos estudantes vão mudando à medida que se desenrola o processo de educação médica”. Segundo Merton (1957, cit. por Carapinheiro), os estudantes de medicina procuram orientar o seu comportamento para a cultura normativa da profissão médica, constituída por valores, ideias e critérios padronizados específicos. Neste sentido, segundo o mesmo autor, as faculdades de medicina têm por um lado a função de ensinar competências e saberes técnicos e por outro a de transmitir a cultura normativa da profissão, conduzindo desta forma à interiorização do papel profissional de médico por parte dos estudantes.

Relativamente ao curso de Psicologia, de acordo com o Decreto-Lei nº 241/94 de 22 de Setembro o psicólogo clínico pertence à carreira dos técnicos superiores de saúde e desenvolve funções, quer científicas quer técnicas, na área da saúde tais como avaliação, psicodiagnóstico e tratamento. No artigo 2º do documento supracitado encontram-se especificadas outras funções como estudo psicológico de grupos populacionais com objectivos de prevenção e tratamento, colaboração em programas de educação para a saúde, aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo e intervenção psicológica ou psicoterapia. Estes profissionais podem ainda, caso de verifique necessário, integrar equipas multidisciplinares de serviço de urgência e realizar avaliação psicológica para efeitos de perícias médico-legais. Relativamente à formação académica em Psicologia, o plano de licenciatura está dividido em duas fases: o ciclo básico correspondente aos três primeiros anos e o complementar que está estruturado em dois anos lectivos e organizado em sete áreas de opção: Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança, Psicologia do Comportamento Desviante, Psicologia e Saúde, Consulta Psicológica de Jovens e Adultos, Psicologia do Trabalho e das Empresas, Psicologia da Linguagem e Psicologia Social da Política e da Economia. No que diz respeito às disciplinas relevantes para a área da saúde mental, das 18 disciplinas do 1º ano de curso, apenas encontramos Psicologia Diferencial da Inteligência e da Personalidade. Quanto ao 2º ano, encontramos no 1º semestre a disciplina Psicologia do Pensamento e como disciplinas optativas, entre 24 optativas no total deste ano, existem Problemas Cognitivos e Psicossociais no Idoso e Problemas de Personalidade e Patologia no Idoso. Finalmente, no 3º ano, encontramos Psicopatologia da Criança e do Adolescente, Diagnóstico em Psicopatologia, Psicologia Comunitária, Psicopatologia do

Adulto ou do Idoso e como optativas Problemas Cognitivos e Psicossociais no Idoso e Problemas de Personalidade e Patologia no Idoso.

Quanto ao curso de Serviço Social, segundo a Associação dos Profissionais de Serviço Social (2005), os técnicos superiores de serviço social têm como principal objectivo estimular o desenvolvimento de competências sociais, de carácter colectivo ou individual, a três níveis: cognitivo, relacional e organizativo. Relativamente ao primeiro nível mencionado, procura-se, através do fornecimento de informação ao indivíduo, ajudar a desenvolver uma melhor percepção acerca do funcionamento da sociedade bem como orientar o indivíduo no sentido de uma melhor gestão e utilização dos recursos disponíveis. Quanto ao funcionamento interpessoal, estes profissionais pretendem estimular o desenvolvimento de novos padrões de interacção potenciando a aquisição de novos papéis. No plano organizativo, procura-se estabelecer comunicação entre diversos interlocutores: cidadãos, organizações e outras estruturas sociais. Como principais funções dos profissionais de serviço social a APSS destaca: elaboração do diagnóstico social através do qual se detectam as necessidades gerais do indivíduo, família ou grupo, procura de possíveis soluções para dar resposta às necessidades identificadas e aconselhamento, atendimento individual e encaminhamento para as diversas entidades públicas ou privadas que melhor se adequam ao processo de resolução de problemas do indivíduo, estimulação da autonomia do indivíduo, família ou grupo no que se refere à participação e gestão do processo de resolução de problemas e colaboração na definição e avaliação das políticas sociais. Relativamente à formação académica de licenciatura dos profissionais desta área, que actualmente se encontra organizada em quatro anos lectivos sendo que o último é constituído por apenas um semestre, não encontramos, no 1º ano de formação, nenhuma disciplina específica da área da saúde mental entre treze na totalidade no entanto, no 2º ano, fazem parte das catorze disciplinas totais Diagnóstico Psicossocial I, Psicologia Social I, Diagnóstico Psicossocial II e Psicologia Social II. Ainda neste ano, os alunos têm a possibilidade de escolher o local de realização do estágio de 6 horas semanais, que poderá incluir serviços de saúde mental, no âmbito da disciplina Seminário de Estudo das Práticas de Serviço Social III e IV o que acontece de igual forma no 3º ano. Como disciplinas relacionadas com saúde mental, no 3º ano, encontramos Psicopatologia e no 4º ano é realizado o Estágio Profissionalizante de 20 horas semanais durante um semestre, cujo local de realização coincide com o escolhido no ano anterior, de forma a ser possível dar continuidade quer a aprendizagem quer a especialização numa área específica de maior interesse para o aluno.

Finalmente, no que diz respeito ao curso de Terapia Ocupacional, no Decreto-Lei nº

564/99 de 21 de Dezembro encontramos a área profissional de Terapia Ocupacional integrada na carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica e definida como “avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em actividades seleccionadas consoante o objectivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente”. Neste documento salienta-se ainda a importância da actuação do terapeuta ocupacional no sentido da prevenção da incapacidade e estimulação da autonomia e do melhor nível de desempenho ao nível pessoal, social e profissional. Segundo a Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto, o terapeuta ocupacional procede à avaliação de diversas funções do indivíduo (sensoriais, perceptivas, físicas e sociais) e dos factores ambientais que influenciam o seu desempenho. Após esta avaliação inicial, é delineado um programa de actividades estruturado que vai constituir um suporte à participação, de acordo com as áreas disfuncionais identificadas bem como de acordo com os interesses do indivíduo. No que se refere à formação académica em Terapia Ocupacional, a partir do ano lectivo 2008/2009 a forma de funcionamento foi alterada para o modelo PBL – *Problem Based Learning*. Assim, no primeiro ano de curso não encontramos nenhuma unidade curricular com conteúdos específicos relacionados com a doença mental. No segundo ano curricular, encontramos Processo em Terapia Ocupacional em Crianças e Jovens na qual são trabalhados temas da área da Pedopsiquiatria. Relativamente ao terceiro ano, todas as unidades curriculares abordam a temática da doença mental – Processo de Terapia Ocupacional em Adultos II, Processo de Terapia Ocupacional em Idosos e Estudos de Caso. Salienta-se o facto de que todos os alunos realizam, no terceiro ano, um estágio de sete semanas num serviço de saúde mental integrado na unidade curricular Educação Clínica III. Finalmente, no quarto e último ano de formação, apesar de não encontrarmos outras disciplinas específicas, os alunos realizam novamente estágio em saúde mental ao abrigo da disciplina Educação Clínica.

2.2 Estudos sobre o estigma em estudantes e profissionais de Saúde Mental

A literatura torna evidente a existência de atitudes estigmatizantes perante a doença mental ao nível de vários grupos sociais o que, surpreendentemente, também incluiu os profissionais de saúde. No relatório da CNRSSM (2007, p. 12) encontramos “os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continua a persistir, mesmo entre os profissionais da área da saúde”. De acordo com Vibha, Saddichha e Kumar (2008), prevê-se que a um maior nível educacional, ao qual corresponde a formação académica dos profissionais de Saúde Mental, correspondam atitudes menos estigmatizantes. No entanto, apesar dos estudos

sobre esta temática ainda serem escassos principalmente em Portugal, autores como Thornicroft e colaboradores (2007), Schulze (2007), Hinshaw e Stier (2008) têm vindo a reflectir sobre o papel dos profissionais de Saúde Mental enquanto agentes promotores de estigma.

São vários os autores que recentemente se dedicaram a estudar as perspectivas dos estudantes de medicina e cujos resultados demonstram atitudes estigmatizantes perante o doente mental (Altindag et al., 2006; Keane, 1990, cit. por Sadow & Ryder, 2008; Mukherjee et al., 2002; Zuchova et al., 2006). Mukherjee e colaboradores (2002) por exemplo, estudaram comparativamente as atitudes e opiniões acerca da doença mental de uma amostra de 520 estudantes de medicina e médicos em Londres através de um questionário constituído por várias descrições correspondentes a diagnósticos diversificados, semelhante ao usado por Crisp e colaboradores (2000) num estudo realizado a nível nacional com a população geral do Reino Unido. Os resultados encontrados foram semelhantes aos de Crisp e colaboradores (2000) na medida em que os estudantes e médicos partilhavam as mesmas opiniões negativas acerca da doença mental que a população geral. Estes resultados de identificação com as opiniões negativas da população geral foram também encontrados por Nordt e colaboradores (2006) num estudo com várias categorias profissionais que trabalham na área da saúde mental. Ainda relativamente aos resultados de Mukherjee e colaboradores (2002), foram encontraram perspectivas mais optimistas quanto às possibilidades de tratamento e a atribuição de culpa foi menor na amostra de Mukherjee e colaboradores (2002) quando comparada com a população geral. Estes autores não encontraram diferenças significativas entre as atitudes dos estudantes e dos médicos no entanto concluíram que poderá ocorrer uma diminuição no estigma à medida que aumenta a experiência com a doença mental e por este motivo sugerem a necessidade de reflexão acerca das estratégias educacionais actuais. Da mesma forma, Buizza e colaboradores (2007) afirmam que poderá haver necessidade de se modificarem os planos curriculares dos estudantes das áreas da saúde e sociais, no sentido de alterar a perspectiva do tratamento actual da doença mental, integrando diferentes componentes como empregabilidade, prevenção de crises, entre outros.

Especificamente na área da saúde mental, já nos anos 60 Cohen e Stuenkel (1962, 1963, 1965 cit. por Nordt et al., 2006) estudaram as atitudes estigmatizantes de alguns profissionais como psicólogos, psiquiatras, médicos de outras especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares e pessoal administrativo. Verificaram que os profissionais de saúde mental, apesar de manifestarem atitudes estigmatizantes, eram menos autoritários relativamente ao doente mental. Estes resultados foram similares aos de um estudo realizado

na Turquia (Aydin et al, 2003, cit. por Sadow & Ryder, 2008).

Alguns grupos profissionais foram estudados isoladamente tais como psicólogos (Atwood, 1982; Gallangher, Gernez & Baker, 1991; Mirabi, Weinman, Magnetti & Keppler, 1985; Servais & Saunders, 2007, cit. por Sadow & Ryder, 2008), enfermeiros (Rogers & Kashima, 1998, cit. por Sadow & Ryder, 2008; Sadow et al., 2002) e assistentes sociais (Barnes, 2000, cit. por Sadow & Ryder, 2008). Num estudo com estudantes de enfermagem, Sadow e colaboradores (2002) concluíram que o simples contacto com o doente mental poderá não conduzir a uma diminuição das atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais, uma vez que os doentes não são percepcionados como pertencentes a um estatuto semelhante. No caso de existir relação de amizade com alguém com doença mental, que é percepcionado como de estatuto semelhante, verifica-se uma redução nas atitudes negativas. Neste sentido os autores sugerem ser de extrema importância a criação de oportunidades de contacto com a doença mental estruturadas, onde as pessoas possam adoptar diferentes papéis que não apenas o de doente.

Tendo em conta que os resultados supracitados revelam atitudes menos positivas face à doença mental, prevalentes na população em geral, trata-se de um problema que deve ser alvo de reflexão na medida em que poderá afectar não apenas a adesão ao tratamento como também a própria eficácia (Link et al., 2001; Sirey, 2001, cit. por Sadow & Ryder, 2008).

No entanto ainda são pouco os estudos que testaram de forma específica aspectos da teoria de atribuição de Corrigan e colaboradores (2003) e a sua relação com comportamentos de ajuda ou discriminação por parte dos profissionais de saúde perante adultos com doença mental (Mackay & Barrowclough, 2005). No sentido de explorar uma das áreas da psiquiatria até ao momento menos estudadas, Law, Rostill-Brookes e Goodman (2009) desenharam um estudo com o objectivo de perceber como pensam e o que sentem estudantes da área da saúde e de áreas diferentes relativamente aos adolescentes que se auto-mutilam. Para tal, utilizaram como quadro teórico de referência o *attribution model of public discrimination towards people with mental illness* (Corrigan et al., 2003). Neste sentido, desenharam um estudo com base no preenchimento de um questionário, utilizando duas vinhetas diferentes. A amostra foi constituída por alunos finalistas de duas universidades de Inglaterra, que frequentavam cursos da área da saúde (medicina, enfermagem e psicologia) e de física, perfazendo um total de 184 participantes. O factor controle sobre o comportamento foi manipulado, através das vinhetas. Como resultados deste estudo, e de acordo com o *public discrimination model*, os alunos que percepcionavam o comportamento de auto-mutilação como da responsabilidade do paciente, revelavam maior prevalência de sentimentos negativos como raiva e menor prevalência de

intenções de ajuda. No que se refere ao género, os participantes do sexo masculino manifestaram maior prevalência de atitudes negativas perante o caso apresentado e relativamente aos cursos da área da saúde, foi nos estudantes de medicina que este mesmo resultado foi encontrado. Este estudo evidencia que são vários os factores que podem influenciar futuramente o tratamento recebido por pessoas que se auto-mutilam, como é o caso das causas atribuídas pelos profissionais à situação clínica, o género e a formação académica dos prestadores de cuidados de saúde. Estes dados sugerem que eventuais alterações nos currículos, direccionadas para especificidades individuais como o género (Samuelsson, 1997; Patterson, 2007, cit. por Law, 2009) possam ser úteis no sentido de melhorar o tratamento destes doentes.

Com o objectivo de perceber qual o impacto de estratégias educacionais relacionadas com a doença mental, outros estudos foram realizados partindo do pressuposto de que um maior nível de informação conduz a menor prevalência de atitudes estigmatizantes e discriminatórias (Brockington et al. 1993, cit. por Corrigan et al., 2001; Link & Cullen, 1986, Link et al. 1987, Roman & Floyd, 1981, cit. por Corrigan et al., 2003). Morrison (1980) e Keane (1990, 1991), ambos citados por Corrigan e colaboradores (2001) realizaram estudos com estudantes que, após a participação em cursos breves específicos na área da saúde mental, demonstraram atitudes menos estigmatizantes. Por sua vez, Mino e colaboradores (2000) realizaram um estudo longitudinal com estudantes de medicina japoneses no qual constataram o efeito positivo da formação académica na diminuição das atitudes estigmatizantes. Penn (1994, 1999) e Holmes (1999) encontraram resultados idênticos em estudos realizados com amostras da população após terem participado em sessões informativas sobre o tema. São vários os estudos que comprovam a eficácia de abordagens educativas na diminuição do estigma no entanto existem outros que relatam a ineficácia desta abordagem (Mino et al., 2000). Apesar disto, Dyduch e Grzywa (2009) através de uma revisão sistemática com o objectivo de identificar os principais factores sócio-demográficos que influenciam as atitudes perante a doença mental, concluíram que entre factores como a profissão, frequência de contacto com a doença mental, nível educativo, género e idade, o conhecimento acerca da doença mental é precisamente o factor mais facilmente modificável.

A continuidade de estudos nesta área bem como a análise e a consequente reformulação dos planos de estudo de cursos relacionados com a saúde mental poderá revelar-se de grande importância na prevenção de atitudes estigmatizantes por parte de profissionais de saúde mental. Terminado o enquadramento teórico, avançamos agora para a descrição do estudo empírico efectuado junto de 643 estudantes.

CAPÍTULO II

ESTUDO EMPÍRICO

Iremos neste ponto do trabalho descrever a metodologia utilizada no âmbito do estudo empírico efectuado, para em seguida apresentarmos e discutirmos os resultados obtidos.

1. Metodologia

Neste trabalho temos como **objectivos** conhecer o estigma face à doença mental, através de estereótipos, de alunos de cursos superiores da área da saúde que integram a constituição das equipas dos serviços de saúde mental (Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), bem como, verificar se esse perfil é diferente em função do curso, ano do curso e características individuais (como idade, sexo, existência de filhos, naturalidade, situação laboral, grau de contacto com doença mental, etc). Para atingir os objectivos propostos, elaborámos as seguintes **hipóteses**:

- H1: Os estereótipos acerca da doença mental não variam em função do curso.
- H2: Os estereótipos acerca da doença mental diminuem do início para o fim do curso.
- H3: Os estereótipos acerca da doença mental variam em função das características individuais destacando-se, entre estas, o grau de contacto/familiaridade com a doença mental.

Descrevemos seguidamente os instrumentos e procedimentos utilizados no estudo empírico, para depois caracterizarmos a amostra de estudantes inquiridos.

1.1. Instrumentos

Como estratégia de recolha de dados optamos pela utilização de questionários pela facilidade de aplicação junto da amostra. Utilizamos um questionário constituído por três grupos:

- grupo 1 com questões relacionadas com aspectos pessoais e sociodemográficos (idade, sexo, naturalidade, estado civil, existência de filhos, situação laboral, curso e ano que frequenta);
- grupo 2 constituído por questões relacionadas com o grau de familiaridade e contacto com a doença mental (tem algum familiar com doença mental ou conhece alguém com doença mental e respectivo grau de contacto);
- grupo 3 constituído pelo Questionário de Atribuição – AQ 27 criado por Corrigan (2003), cuja versão para investigação foi traduzida do original e elaborada por Sousa e colaboradores (2008). Apesar de existirem outros instrumentos de avaliação do estigma, a opção pelo AQ-27 deve-se ao facto de pertencermos ao grupo de investigação responsável pela versão portuguesa deste instrumento. Neste sentido, os dados recolhidos pelo nosso

estudo irão contribuir para esta versão. O AQ 27 pretende medir globalmente o estigma através de 9 factores: “responsabilidade”, “pena”, “irritação”, “perigosidade”, “medo”, “ajuda”, “coacção”, “segregação” e “evitamento”, cotados pela soma dos itens segundo uma grelha específica. Este questionário foi construído com o objectivo de avaliar nove estereótipos acerca doença mental e é constituído por uma vinheta com a descrição de um caso de uma pessoa com Esquizofrenia, seguindo-se 27 afirmações ou questões para as quais existe uma escala de Likert de 1 a 9, em que o 1 corresponde maioritariamente à resposta “não ou nada” e o 9 a “muito ou completamente”. O questionário contém histórias alternativas, correspondentes a variações nas características da doença mental descrita, nomeadamente níveis de gravidade mais elevados. No que se refere à análise da fidelidade (Quadro 1), uma vez que o valor do Alfa de Cronbach deve ser superior a 0.80, verificamos que os valores obtidos para as dimensões em estudos foram, na generalidade, inferiores ao valor ideal. No entanto, verificamos que Sousa (em curso) encontrou valores inferiores aos do nosso estudo nas dimensões responsabilidade, pena, perigosidade, ajuda, coacção e segregação sendo o valor total superior ao nosso. Vidal (em curso) encontrou um valor global semelhante a Sousa (em curso), com 0.83.

Quadro 1. Valores do Alfa de Cronbach para as dimensões do AQ - 27

Dimensões Estudos	Total	Resp.	Pena	Irrit.	Perig.	Medo	Ajuda	Coac.	Segreg.	Evitam.
Vidal (em curso)	0,83	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sousa (em curso)	0,828	0,135	0,395	0,981	0,793	0,975	0,668	0,210	0,655	0,831
Neste estudo	0,760	0,428	0,647	0,621	0,872	0,904	0,780	0,371	0,707	0,443

1.2. Procedimentos

Para procedermos à recolha de dados optamos pela Universidade do Porto e pelo Instituto Politécnico do Porto. Solicitamos a colaboração de alguns docentes de cada ano e de cada curso aos quais apresentamos a descrição dos objectivos do estudo e do questionário a aplicar. O preenchimento do questionário foi realizado em cerca de 15 minutos, no início da aula, de acordo com o responsável da disciplina. Após a recolha de dados, estes foram introduzidos e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15, permitindo a análise descritiva e o cálculo dos testes estatísticos adequados aos objectivos do estudo.

1.3. Caracterização da amostra

Segundo Hout (1999), as amostras podem ser classificadas como amostras probabilísticas (aleatória simples, aleatória sistemática, aleatória estratificada e agregados) e não

probabilísticas (voluntária, intencional, acidental e quotas). No que se refere à amostra deste estudo, é de tipo não probabilística, que, de acordo com o mesmo autor é utilizada quando a investigação é exploratória, quando o investigador não se preocupa com a representatividade da amostra, ou quando está interessado apenas num comportamento particular da amostra. No nosso caso, delineou-se um estudo de carácter exploratório, tendo-se consciência da dificuldade de obtenção de uma amostra representativa, não se pretendendo por este motivo generalizar os resultados mas sim analisá-los relativamente à amostra estudada. Esta amostra pode ainda ser considerada voluntária, pois os sujeitos aceitaram voluntariamente participar na investigação.

A amostra final foi constituída por 643 alunos que frequentam os cursos de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional do Instituto Politécnico do Porto e da Universidade do Porto. As idades dos sujeitos variam entre 17 e 51 anos, sendo a média da amostra 20.7 anos (D.P. = 4.286).

Relativamente ao sexo (Quadro 2) podemos verificar que o predomínio é claramente do sexo feminino com 82 % de sujeitos.

Quadro 2. Distribuição por sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Feminino	524	81,5
Masculino	119	18,5
Total	643	100

Quanto à naturalidade (Quadro 3), podemos verificar que 48% dos elementos da nossa amostra são naturais de “outra localidade”, seguindo-se 44% oriundos de “grande cidade”. 4% representam sujeitos estrangeiros e finalmente 3% provêm das ilhas.

Quadro 3. Distribuição por naturalidade

Naturalidade	Frequência	Percentagem
Grande cidade	245	43,7
Outra localidade	269	48,0
Ilhas	19	3,4
Estrangeiro	28	4,4
Total	643	100

No que se refere ao estado civil (Quadro 4), constatamos que a maioria dos elementos da nossa amostra é solteiro, 95%, sendo que 4% se encontram casados ou em união de facto e apenas 0.9% são divorciados ou separados.

Quadro 4. Distribuição por estado civil

Estado civil	Frequência	Porcentagem
Solteiro	611	95
Casado/União de facto	26	4,0
Divorciado/Separado	6	0,9
Total	643	100

Relativamente à existência de filhos (Quadro 5) verifica-se uma significativa prevalência do não com 97% dos sujeitos, tendo obtido o sim apenas 3% dos estudantes inquiridos.

Quadro 5. Distribuição por existência de filhos

Filhos	Frequência	Porcentagem
Sim	22	3,4
Não	621	96,6
Total	643	100

No que diz respeito ao curso (Quadro 6), verifica-se na nossa amostra uma distribuição relativamente equilibrada entre todos os cursos com excepção de Terapia Ocupacional (12%). O curso com maior percentagem de elementos da amostra é o de Serviço Social com 24%.

Quadro 6. Distribuição por curso

Curso	Frequência	Porcentagem
Enfermagem	141	21,9
Medicina	137	21,3
Psicologia	130	20,2
Serviço Social	157	24,4
Terapia Ocupacional	78	12,1
Total	643	100

Relativamente ao ano do curso (Quadro 7), verificamos que 64% dos sujeitos da amostra se encontra no 1º ano e 36% no final do 1º ciclo, último ano da licenciatura.

Quadro 7. Distribuição por ano

Ano	Frequência	Porcentagem
1º ano	414	64,4
Fim do 1º ciclo	229	35,5
Total	643	100

Quanto à situação laboral (Quadro 8), verifica-se que a maioria dos elementos da nossa amostra é estudante (88%) e apenas 12% trabalhador-estudante.

Quadro 8. Distribuição por situação laboral

Situação laboral	Frequência	Percentagem
Estudante	561	87,7
Trabalhador-estudante	79	12,3
Não responde	3	
Total	643	100

Relativamente à existência de familiar ou “não-familiar” com doença mental (Quadro 9), verifica-se que a maioria dos elementos da nossa amostra (80%) não possui familiar com doença mental e 19% responderam afirmativamente. No que se refere ao conhecimento de alguém com doença mental “não-familiar”, 37% responderam afirmativamente e 62% não conhece.

Quadro 9. Distribuição por existência de familiar ou “não-familiar” com doença mental

	Familiar com D.M.	Não-familiar com D.M.
Sim	122 (19%)	237 (36,9%)
Não	513 (79,8)	397 (61,7)
Não responde	8 (1,2%)	9 (1,4%)
Total	643 (100%)	643 (100%)

Relativamente ao grau de contacto (Quadro 10), dos elementos que responderam afirmativamente quanto à existência de familiar com doença mental, 53 afirmam que mantêm contacto de forma muito regular e 69 pouco regular. Dos sujeitos que conhecem “não-familiar” com doença mental, 47 elementos mantêm contacto muito regular enquanto 189 afirmam manter contacto pouco regular.

Quadro 10. Distribuição do contacto com familiar ou “não-familiar” com doença mental

	Familiar com D.M.	Não-familiar com D.M.
Muito regular	53	47
Pouco regular	69	189
Não responde	0	1
Total	122	237

No que se refere à especificação dos familiares e “não-familiares” dos elementos da nossa amostra, encontramos, com valores mais elevados, 42 elementos cujos familiares com doença mental são tio ou tia, 32 com primo ou prima e 24 com pai ou mãe. Relativamente aos sujeitos com “não-familiar” com doença mental, 97 elementos responderam vizinho, 70 responderam amigo, 19 contactam com colega de curso com doença mental e 18 com doentes em contexto de estágio académico. 28 elementos não especificaram tendo respondido outro conhecido.

Quadro 11. Especificação e distribuição de familiar e “não-familiar”

Familiar com D.M.		Não-familiar com D.M.	
Pai/ Mãe	24	Amigo	70
Irmãos	10	Colega de curso	19
Cônjuge/Namorado	1	Colega de trabalho	5
Filhos	1	Vizinho	97
Avô/ Avó	12	Doentes no estágio	18
Tio/Tia	42	Outro conhecido	28
Primo/Prima	32	Total	237
Total	122		

Terminada a caracterização da amostra, passaremos agora para a apresentação dos resultados obtidos no nosso estudo de investigação.

2. Apresentação dos resultados

Optamos por apresentar os resultados considerando cada dimensão analisada pelo instrumento utilizado neste estudo, ou seja, Responsabilidade, Pena, Irritação, Perigosidade, Medo, Ajuda, Coacção, Segregação e Evitamento. Numa primeira fase, consideramos pertinente analisar as médias da amostra total para todas as dimensões estudadas (Quadro 12). Assim, no que se refere à responsabilidade, verificamos que a média da amostra total pode ser considerada baixa uma vez que o valor é 6.9, sendo o mínimo possível 3 e o máximo 27. No entanto temos pelo menos um indivíduo com pontuação 20, que se afasta consideravelmente da média. No que se refere à pena, a média é consideravelmente mais elevada do que a dimensão anterior, atingindo os 15.8 valores, sendo o mínimo 3 e o máximo 27. É de salientar que nesta dimensão existe pelo menos um sujeito que atingiu o valor máximo. Quanto à irritação, pode-se considerar que a média é relativamente baixa (7.4) tendo em conta que os valores podem variar entre 3 e 27, tendo sido 21 o valor mais alto encontrado. Relativamente à perigosidade e ao medo, cujos valores médios na amostra total são 9.2 e 8.8 respectivamente, podem considerar-se baixos uma vez que os valores variam igualmente entre 3 e 27. Apesar disto, regista-se pelo menos um valor que se aproxima do valor máximo em cada uma das dimensões, sendo 24 e 25 respectivamente. No que se refere à ajuda, regista-se uma média alta, significativamente diferente das anteriormente referidas (22.1). Para esta dimensão, regista-se pelo menos um indivíduo que atinge o valor máximo possível (27) e o valor mínimo encontrado na amostra total é superior ao valor mínimo possível (6 *versus* 3). Quanto à coacção, consideramos que a média da amostra é relativamente elevada (15.7) e os valores mínimo e máximo encontrados coincidem com os valores teóricos possíveis (3 e 27). Relativamente à segregação, os valores mínimo e máximo encontrados coincidem com os valores teóricos possíveis tal como na dimensão anterior, e a média na amostra total é

relativamente baixa (8.3). Quanto ao evitamento, a média é superior (12.2), existe pelo menos um sujeito cujo valor coincide com o mínimo possível e pelo menos um sujeito que atinge o valor 26, com o máximo teórico possível de 27.

Quadro 12. Resultados das dimensões estudadas na amostra total

Dimensões	Média	Desvio Padrão	Mínimo (mínimo teórico possível = 3)	Máximo (máximo teórico possível = 27)
Responsabilidade	6,90	2,915	3	20
Pena	15,83	4,952	3	27
Irritação	7,37	3,351	3	21
Perigosidade	9,15	4,466	3	24
Medo	8,78	4,533	3	25
Ajuda	22,11	4,150	6	27
Coacção	15,73	4,001	3	27
Segregação	8,27	4,097	3	27
Evitamento	12,22	5,425	3	26

Depois de esta breve análise global, para respondermos às hipóteses formuladas, efectuamos análises comparativas em função do sexo, existência de filhos, naturalidade, situação laboral, curso, momento do curso, existência de familiar ou “não-familiar” com doença mental e grau de contacto com os portadores de doença mental por considerarmos que estas variáveis podem influenciar os resultados obtidos em cada dimensão. Relativamente ao sexo (Quadro 13), verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão ajuda, a qual apresenta resultados bastante superiores para o sexo feminino. Além da ajuda, encontramos também as dimensões pena, perigosidade e medo com valores mais elevados no sexo feminino, apesar de não serem considerados estatisticamente significativos. Por outro lado, os resultados do sexo masculino apresentam superioridade nas dimensões responsabilidade, irritação, coacção, segregação e evitamento.

Quadro 13. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do sexo

	Sexo feminino (N=524)	Sexo masculino (N= 119)	<i>t-Student</i>	Sig.
Responsabilidade	6,83 (2,838)	7,19 (3,229)	1,221	,223
Pena	15,94 (4,953)	15,38 (4,944)	-1,112	,267
Irritação	7,32 (3,422)	7,59 (3,024)	,786	,432
Perigosidade	9,27 (4,587)	8,65 (3,866)	-1,528	,128
Medo	8,92 (4,607)	8,14 (4,152)	-1,699	,090
Ajuda	22,42 (4,049)	20,78 (4,340)	-3,922	,000***
Coacção	15,65 (3,994)	16,07 (4,031)	1,025	,306
Segregação	8,15 (4,086)	8,77 (4,124)	1,493	,136
Evitamento	12,10 (5,472)	12,75 (5,201)	1,178	,239

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.50

No que se refere à existência de filhos (Quadro 14), na dimensão responsabilidade verifica-se um valor mais elevado no sim, enquanto na pena, irritação e perigosidade os resultados superiores se encontram no não. A dimensão medo apresenta diferenças estatisticamente significativas, com superioridade do não. Relativamente às dimensões ajuda e coacção, verifica-se o inverso, com resultados superiores no sim mas sem diferenças significativas. Quanto à segregação e ao evitamento, regista-se uma prevalência do não, sendo que a última dimensão referida apresenta diferenças significativas.

Quadro 14. Comparação das médias (e desvio padrão) em função da existência de filhos

Filhos Dimensões	Sim (N=22)	Não (N= 621)	t-Student	Sig.
Responsabilidade	7,82 (3,621)	6,87 (2,885)	1,506	,132
Pena	14,23 (5,477)	15,89 (4,928)	-1,550	,122
Irritação	6,50 (3,474)	7,40 (3,345)	-1,240	,216
Perigosidade	7,59 (4,768)	9,21 (4,449)	-1,673	,095
Medo	6,91 (4,514)	8,85 (4,523)	-1,973	,049*
Ajuda	23,27 (3,628)	22,07 (4,164)	1,334	,183
Coacção	17,05 (3,760)	15,68 (4,004)	1,574	,116
Segregação	6,77 (3,677)	8,32 (4,104)	-1,744	,082
Evitamento	9,55 (4,350)	12,31 (5,438)	-2,361	,019*

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

Relativamente à naturalidade (Quadro 15), verifica-se a existência de um padrão de ligeira inferioridade dos resultados da grande cidade face à outra localidade, com excepção das dimensões responsabilidade e evitamento, nas quais os valores superiores estão registados na grande cidade. A dimensão ajuda é a única que apresenta diferenças estatisticamente significativas, encontrando-se o valor mais elevado na outra localidade.

Quadro 15. Comparação das médias (e desvio padrão) em função da naturalidade

Naturalidade Dimensões	Grande cidade (N=245)	Outra localidade (N= 269)	t-Student	Sig.
Responsabilidade	6,84 (2,847)	6,78 (2,847)	,270	,787
Pena	15,44 (4,707)	16,17 (5,123)	-1,677	,094
Irritação	7,38 (3,369)	7,48 (3,341)	-,324	,746
Perigosidade	9,13 (4,441)	9,15 (4,455)	-,036	,972
Medo	8,76 (4,741)	8,77 (4,341)	-,036	,971
Ajuda	21,69 (4,371)	22,48 (3,923)	-2,159	,031*
Coacção	15,72 (3,868)	15,91 (4,034)	-,550	,583
Segregação	8,19 (4,173)	8,58 (4,071)	-1,056	,291
Evitamento	12,57 (5,424)	11,84 (5,292)	1,530	,127

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

No que se refere à situação laboral (Quadro 16), a dimensão responsabilidade apresenta valor superior no trabalhador-estudante enquanto na dimensão pena assistimos ao inverso, ou seja, superioridade no estudante, sendo esta diferença estatisticamente significativa. As restantes dimensões apresentam um padrão de superioridade de valores no

estudante com excepção da dimensão coacção na qual se verifica o contrário. A dimensão segregação, tal como a dimensão pena anteriormente referida, apresenta diferenças estatisticamente significativas nos resultados, com valores mais elevados no estudante.

Quadro 16. Comparação das médias (e desvio padrão) em função da situação laboral

Situação / Dimensões	Estudante (N=561)	Trabalhador-estudante (N= 79)	t-Student	Sig.
Responsabilidade	6,87 (2,879)	7,08 (3,194)	-,598	,550
Pena	16,07 (4,929)	14,10 (4,662)	3,339	,001**
Irritação	7,45 (3,391)	6,73 (3,024)	1,777	,076
Perigosidade	9,19 (4,521)	8,72 (4,070)	,880	,379
Medo	8,86 (4,507)	8,11 (4,646)	1,371	,171
Ajuda	22,16 (4,131)	21,78 (4,284)	,743	,458
Coacção	15,68 (3,991)	15,81 (3,997)	-,262	,793
Segregação	8,38 (4,124)	7,28 (3,693)	2,246	,025*
Evitamento	12,25 (5,441)	11,76 (5,292)	,758	,449

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

Relativamente ao curso (Quadro 17), na dimensão responsabilidade não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao contrário das restantes dimensões. Na dimensão pena, o valor da média mais elevado encontra-se no curso de Psicologia, enquanto o mais baixo se encontra na Enfermagem. Quanto à irritação, a média mais elevada situa-se igualmente no curso de Psicologia e a mais baixa na Terapia Ocupacional. No que se refere à perigosidade e ao medo, os valores de média mais altos registam-se em Psicologia enquanto os mais baixos em Enfermagem. Na dimensão ajuda, o valor mais alto verifica-se no curso de Terapia Ocupacional e o mais baixo em Medicina. Para as dimensões coacção, segregação e evitamento é o curso de Medicina que regista os valores de média mais elevados. Os valores de média inferiores destas últimas dimensões referidas encontram-se no curso de Enfermagem para a dimensão coacção e no curso de Terapia Ocupacional para a segregação e o evitamento.

Quadro 17. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do curso

Curso / Dimensões	Enfermagem N = 141	Medicina N = 147	Psicologia N=130	Serviço Social N = 157	Terapia Ocupacional N =78	F	Sig.
Responsabilidade	7,11(2,951)	6,70(2,866)	7,11(3,168)	6,54(2,645)	7,24(2,990)	1,369	,243
Pena	14,30(4,818)	16,90(4,713)	17,85(4,727)	15,25(4,870)	14,56(4,695)	13,086	,000***
Irritação	6,87(2,891)	7,80(3,312)	8,20(3,713)	7,13(3,279)	6,64(3,400)	4,574	,001**
Perigosidade	7,66(3,458)	10,43(4,411)	10,61(4,980)	8,59(4,352)	8,33(4,287)	12,291	,000***
Medo	7,38(3,471)	9,66(4,626)	10,30(5,211)	8,52(4,352)	7,74(4,198)	10,018	,000***
Ajuda	22,66(3,993)	20,07(4,597)	22,46(3,920)	22,71(3,913)	22,94(3,296)	11,469	,000***
Coacção	15,04(3,924)	16,33(3,712)	16,12(4,101)	15,83(3,846)	15,05(4,555)	2,725	,029*
Segregação	7,41(3,962)	9,59(4,103)	9,45(4,169)	7,68(3,750)	6,69(3,746)	12,337	,000***
Evitamento	11,02(5,556)	14,54(4,851)	12,61(5,171)	11,83(5,594)	10,44(4,847)	11,120	,000***

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

Uma análise detalhada com o teste Pos- Hoc de Bonferroni mostra-nos que relativamente à responsabilidade não se encontram resultados estatisticamente significativos no entanto, no que se refere à pena, Terapia Ocupacional opõe-se de forma significativa a Psicologia (- 3. 282 p= 0.000) e a Medicina (- 2.334 p= 0.006). Encontramos ainda oposições significativas de Psicologia com Serviço Social (2.598 p= 0.000) e com Enfermagem (3.548 p= 0.000), de Serviço Social com Medicina (-1.649 p= 0.032) e de Medicina com Enfermagem (2.600 p= 0.000). No que se refere à dimensão irritação, verificamos que Terapia Ocupacional se opõe de forma significativa a Psicologia (-1.559 p = 0.011) e Psicologia opõe-se a Enfermagem (1.335 p =0.010). Ao analisarmos a dimensão perigosidade, encontramos oposições significativas de Terapia Ocupacional a Psicologia (-2.274 p = 0.003), Terapia Ocupacional a Medicina (-2.097 p = 0.007), Psicologia a Serviço Social (2.022 p = 0.001) e Psicologia a Enfermagem (2.948 p = 0.000). Verificamos ainda que Serviço Social se opõe de forma significativa a Medicina (-1.845 p = 0.003) e que Medicina se opõe a Enfermagem (2.771 p = 0.000). Quanto à dimensão medo, Terapia Ocupacional opõe-se a Psicologia (-2.556 p = 0.001) e a Medicina (-1.921 p =0.022), Psicologia opõe-se a Serviço Social (1.778 p = 0.007) e a Enfermagem (2.924 p = 0.000) e Medicina opõe-se a Enfermagem (2.288 p = 0.000). Relativamente à dimensão ajuda, verificamos que todos os cursos se opõem de forma significativa a Medicina: Terapia Ocupacional (2.870 p =0.000), Psicologia (2.396 p = 0.000), Serviço Social (2.648 p =0.000) e Enfermagem (2.594 p = 0.000). No que se refere à dimensão coacção, não foram registadas oposições estatisticamente significativas entre os diferentes cursos no entanto, na segregação, Terapia Ocupacional opõe-se a Psicologia (-2.762 p =0.000) e a Medicina (-2.899 p =0.000), Psicologia opõe-se a Serviço Social (1.772 p = 0.002) e a Enfermagem (2.042 p = 0.000), Serviço Social opõe-se a Medicina (-1.910 p = 0.000) e Medicina a Enfermagem (2.180 p = 0.000). Na última dimensão, evitamento, encontramos oposições estatisticamente significativas de Terapia Ocupacional a Psicologia (-2.172 p = 0.041), Terapia Ocupacional a Medicina (-4.104 p = 0.000), Psicologia a Medicina (-1.932 p =0.028) e Serviço Social a Medicina (-2.706 p = 0.000). Verificamos ainda que Medicina se opõe de forma significativa a Enfermagem (3.519 p = 0.000).

Relativamente ao momento do curso (Quadro 18), verificamos que existe um padrão global nos resultados: diminuição para todas as dimensões, do início para o fim do 1º ciclo do curso. Encontramos diferenças estatisticamente significativas para as dimensões pena, medo, ajuda e segregação.

Quadro 18. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do momento do curso

Momento	Início	Fim	t-Student	Sig.
Dimensões	(N=414)	(N= 229)		
Responsabilidade	7,03(3,007)	6,66(2,732)	1,551	,121
Pena	16,94(4,873)	13,83(4,450)	8,189	,000***
Irritação	7,44(3,428)	7,24(3,211)	,756	,450
Perigosidade	9,33(4,436)	8,83(4,511)	1,352	,177
Medo	9,09(4,459)	8,21(4,620)	2,360	,019*
Ajuda	22,36(4,183)	21,66(4,058)	2,069	,039*
Coacção	15,77(4,155)	15,65(3,714)	,397	,692
Segregação	8,64(4,010)	7,60(4,177)	3,101	,002**
Evitamento	12,23(5,438)	12,21(5,413)	,049	,961

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

No que se refere à existência de familiar com doença mental (Quadro 19), denota-se uma ligeira superioridade nos resultados do não na maioria das dimensões com excepção da coacção onde se verifica o inverso ou seja, ligeira superioridade do sim. A ajuda apresenta diferenças estatisticamente significativas com superioridade do sim enquanto a segregação apresenta superioridade do não, igualmente com diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 19. Comparação das médias (e desvio padrão) em função da existência de familiar com doença mental

Familiar	Sim	Não	t-Student	Sig.
Dimensões	(N=122)	(N= 513)		
Responsabilidade	6,83(2,865)	6,90(2,940)	-,260	,795
Pena	15,70(5,424)	15,86(4,821)	-,319	,749
Irritação	7,20(3,360)	7,40(3,323)	-,569	,570
Perigosidade	9,10(4,298)	9,18(4,512)	-,175	,861
Medo	8,65(4,325)	8,83(4,580)	-,405	,686
Ajuda	23,02(3,844)	21,88(4,198)	2,732	,006**
Coacção	16,06(3,797)	15,61(4,045)	1,120	,263
Segregação	7,57(3,744)	8,43(4,140)	-2,082	,038*
Evitamento	11,84(5,450)	12,29(5,425)	-,823	,411

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

Relativamente ao grau de contacto com o familiar com doença mental (Quadro 20), verificamos que todas as dimensões apresentam resultados mais elevados na categoria pouco regular, com excepção da dimensão ajuda que apresenta diferenças significativas, com superioridade do muito regular. Outras dimensões que apresentam diferenças estatisticamente significativas são a irritação, perigosidade, medo e segregação, com resultados superiores, como já foi referido, no pouco regular.

Quadro 20. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do contacto com o familiar com doença mental

Contacto	Pouco regular (N=69)	Muito regular (N= 53)	t-Student	Sig.
Dimensões				
Responsabilidade	6,91(3,216)	6,72(2,356)	,373	,710
Pena	15,90(5,402)	15,43(5,493)	,467	,641
Irritação	7,74(3,288)	6,51(3,355)	2,030	,045*
Perigosidade	10,13(4,242)	7,75(4,024)	3,135	,002**
Medo	9,65(4,382)	7,34(3,917)	3,024	,003**
Ajuda	22,35(4,151)	23,89(3,238)	-2,300	,023*
Coacção	16,38(4,037)	15,64(3,454)	1,061	,291
Segregação	8,20(4,057)	6,75(3,143)	2,222	,028*
Evitamento	12,42(5,614)	11,09(5,186)	1,336	,184

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

No que se refere à existência de “não-familiar” com doença mental (Quadro 21), verificamos a presença de diferenças estatisticamente significativas na responsabilidade, concentrando-se o valor mais elevado no sim. As dimensões pena, perigosidade, medo, coacção, segregação e evitamento, apesar de não apresentarem diferenças estatisticamente significativas revelam uma ligeira superioridade no não. Relativamente à dimensão irritação, encontramos valores médios iguais em ambas categorias no entanto, na ajuda, voltamos a encontrar diferenças significativas nos resultados, com superioridade do sim.

Quadro 21. Comparação das médias (e desvio padrão) em função da existência de “não familiar” com doença mental

“não-familiar”	Sim (N=237)	Não (N= 397)	t-Student	Sig.
Dimensões				
Responsabilidade	7,24(2,991)	6,69(2,872)	2,281	,023*
Pena	15,51(4,721)	16,00(5,048)	-1,193	,233
Irritação	7,37(3,329)	7,37(3,390)	-,021	,984
Perigosidade	8,89(4,707)	9,27(4,331)	-1,058	,291
Medo	8,58(4,685)	8,89(4,456)	-,841	,401
Ajuda	22,74(3,881)	21,74(4,256)	3,020	,003**
Coacção	15,67(4,123)	15,71(3,934)	-,120	,905
Segregação	7,93(4,379)	8,42(3,900)	-1,461	,145
Evitamento	11,79(5,519)	12,44(5,371)	-1,452	,147

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

Relativamente ao contacto com “não-familiar” com doença mental (Quadro 22), apesar de não se registarem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma dimensão, é de salientar a existência de um padrão de superioridade dos resultados da categoria pouco regular, com excepção das dimensões responsabilidade e ajuda onde se verifica o inverso ou seja, resultados superiores na categoria muito regular.

Quadro 22. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do contacto com “não-familiar” com doença mental

Contacto	Pouco regular (N=189)	Muito regular (N= 47)	t-Student	Sig.
Dimensões				
Responsabilidade	7,15(2,919)	7,68(3,231)	-1,096	,274
Pena	15,84(4,752)	14,34(4,420)	1,957	,052
Irritação	7,42(3,278)	7,09(3,562)	,622	,535
Perigosidade	9,05(4,666)	8,04(4,732)	1,325	,187
Medo	8,58(4,593)	8,32(4,792)	,341	,733
Ajuda	22,57(3,965)	23,64(3,089)	-1,718	,087
Coacção	15,73(4,233)	15,30(3,599)	,644	,520
Segregação	7,97(4,367)	7,57(4,302)	,555	,580
Evitamento	11,90(5,414)	11,17(5,877)	,812	,417

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

No que se refere ao curso Terapia Ocupacional (Quadro 23), ao analisarmos globalmente os resultados obtidos na amostra em função do momento inicial ou final do curso, verificamos a existência um padrão global de superioridade dos resultados na categoria início, com excepção da dimensão ajuda, onde encontramos média superior na categoria fim, não sendo esta diferença considerada estatisticamente significativa. As diferenças estatisticamente significativas, tal como já foi referido com superioridade da categoria início, encontram-se nas dimensões pena, perigosidade, medo, coacção e segregação.

Quadro 23. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do momento do curso de Terapia Ocupacional

Momento	Início (N=46)	Fim (N= 32)	t-Student	Sig.
Dimensões				
Responsabilidade	7,33(2,944)	7,13(3,098)	,290	,772
Pena	16,63(4,664)	11,59(2,781)	5,959	,000***
Irritação	7,26(3,826)	5,75(2,463)	1,966	,053
Perigosidade	9,91(4,594)	6,06(2,449)	4,790	,000***
Medo	9,26(4,650)	5,56(2,015)	4,787	,000***
Ajuda	22,50(3,475)	23,56(2,961)	-1,409	,163
Coacção	15,91(4,857)	13,81(3,822)	2,044	,044*
Segregação	7,89(4,186)	4,97(2,055)	4,081	,000***
Evitamento	10,83(4,625)	9,88(5,173)	,851	,398

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

Relativamente ao momento do curso de Psicologia (Quadro 24), as dimensões responsabilidade, irritação, perigosidade, medo, segregação e evitamento não apresentam diferenças estatisticamente significativas entre as categorias, no entanto encontramos médias ligeiramente superiores na categoria fim para todas as dimensões supracitadas. Quanto às dimensões pena e ajuda, que apresentam diferenças significativas, regista-se média bastante superior no início do curso e na coacção verifica-se uma ligeira superioridade igualmente na categoria início.

Quadro 24. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do momento do curso de Psicologia

Momento Dimensões	Início (N=104)	Fim (N= 26)	t-Student	Sig.
Responsabilidade	7,07(3,104)	7,27(3,471)	-,290	,773
Pena	18,38(4,933)	15,73(3,040)	3,444	,001**
Irritação	8,15(3,699)	8,38(3,837)	-,282	,778
Perigosidade	10,47(4,883)	11,15(5,416)	-,624	,534
Medo	10,16(4,993)	10,85(6,084)	-,596	,552
Ajuda	22,93(3,781)	20,58(3,972)	2,813	,006**
Coacção	16,33(3,974)	15,27(4,557)	1,178	,241
Segregação	9,42(4,026)	9,58(4,785)	-,168	,867
Evitamento	12,60(5,147)	12,65(5,366)	-,051	,960

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

Relativamente ao curso Serviço Social (Quadro 25), encontramos duas dimensões com resultados estatisticamente significativos – pena e segregação – e em ambas se regista valor de média superior na categoria início. Na responsabilidade, ajuda, coacção e evitamento, apesar de as diferenças não serem consideradas significativas, encontramos valor superior no início do curso e nas restantes dimensões - irritação, perigosidade e medo - verifica-se o oposto, ou seja, valor de média superior na categoria fim.

Quadro 25. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do momento do curso de Serviço Social

Momento Dimensões	Início (N=96)	Fim (N= 61)	t-Student	Sig.
Responsabilidade	6,85(2,753)	6,05(2,404)	1,874	,063
Pena	16,31(4,904)	13,57(4,349)	3,561	,000***
Irritação	6,74(2,974)	7,74(3,651)	-1,874	,063
Perigosidade	8,33(3,978)	8,98(4,890)	-,871	,385
Medo	8,45(3,981)	8,64(4,913)	-,268	,789
Ajuda	23,18(3,778)	21,98(4,039)	1,878	,062
Coacção	16,28(4,004)	15,13(3,500)	1,840	,068
Segregação	8,26(3,634)	6,77(3,779)	2,466	,015**
Evitamento	12,08(5,750)	11,44(5,362)	,698	,486

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

No que diz respeito ao curso de Medicina (Quadro 26), encontramos diferenças estatisticamente significativas na dimensão responsabilidade, registando-se valor superior na categoria início. As dimensões pena, irritação, ajuda e segregação não apresentam diferenças significativas no entanto a média é superior no início, contrariamente às dimensões perigosidade, medo e evitamento cujo valor superior se encontra no fim. A dimensão coacção, tal como a dimensão responsabilidade anteriormente referida, também apresenta diferenças bastante significativas, mas o valor superior neste caso encontra-se na categoria fim.

Quadro 26. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do momento do curso de Medicina

Momento Dimensões	Início (N=89)	Fim (N= 48)	t-Student	Sig.
Responsabilidade	7,18(3,051)	5,81(2,256)	2,727	,007**
Pena	17,21(4,978)	16,31(4,162)	1,068	,287
Irritação	8,03(3,616)	7,35(2,638)	1,258	,211
Perigosidade	10,16(4,467)	10,94(4,304)	-,988	,325
Medo	9,61(4,592)	9,77(4,737)	-,197	,844
Ajuda	20,18(4,826)	19,85(4,182)	,394	,694
Coacção	15,51(3,900)	17,85(2,783)	-4,075	,000***
Segregação	9,61(4,231)	9,56(3,897)	,060	,952
Evitamento	14,17(4,876)	15,23(4,777)	-1,223	,223

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

Relativamente ao curso de Enfermagem (Quadro 27), apenas se registam resultados estatisticamente significativos na dimensão pena, a qual apresenta média superior no início. Nas dimensões responsabilidade, irritação, coacção, segregação e evitamento verifica-se uma superioridade ligeira dos valores na categoria fim, enquanto nas dimensões perigosidade, medo e ajuda regista-se o oposto, ou seja, valores ligeiramente superiores no início.

Quadro 27. Comparação das médias (e desvio padrão) em função do momento do curso de Enfermagem

Momento Dimensões	Início (N=79)	Fim (N= 62)	t-Student	Sig.
Responsabilidade	6,86(3,206)	7,42(2,583)	-1,117	,266
Pena	15,68(4,337)	12,53(4,854)	4,063	,000***
Irritação	6,81(2,838)	6,94(2,980)	-,255	,799
Perigosidade	7,77(3,515)	7,52(3,406)	,435	,664
Medo	7,78(3,565)	6,85(3,303)	1,587	,115
Ajuda	23,01(4,002)	22,21(3,968)	1,187	,237
Coacção	14,65(4,261)	15,55(3,415)	-1,360	,176
Segregação	7,41(3,664)	7,42(4,344)	-,021	,983
Evitamento	10,54(5,797)	11,63(5,214)	-1,152	,251

*** p < 0.001 ** p<0.010 * p<=0.050

Terminada a análise descritiva dos dados e antes de avançarmos para a sua discussão, procedemos ainda a uma análise de correlações entre a variável demográfica idade e as variáveis dependentes deste estudo (dimensões) bem como entre as variáveis dependentes entre si (Quadro 28). Podemos verificar que as dimensões ou estereótipos se encontram, na sua maioria, correlacionados de forma positiva e significativa entre si. Encontramos excepções de correlações negativas e significativas entre a ajuda e a irritação, ajuda e perigosidade, ajuda e medo, ajuda e coacção, ajuda e segregação e ajuda e evitamento. Como excepção, temos ainda correlações não significativas entre as dimensões pena e responsabilidade e ajuda e responsabilidade. A idade, apenas apresenta correlações negativas e significativas com as dimensões pena, irritação, perigosidade, medo e segregação. As correlações da idade com as restantes dimensões não são significativas.

Quadro 28. Distribuição das correlações entre as dimensões estudadas

	Idade	Responsabilidade	Pena	Irritação	Perigosidade	Medo	Ajuda	Coacção	Segregação
Responsabilidade	R Pearson Sig. ,030 ,444								
Pena	R Pearson Sig. -,225(**) ,000	,050 ,210							
Irritação	R Pearson Sig. -,091(*) ,022	,194(**) ,000	,185(**) ,000						
Perigosidade	R Pearson Sig. -,112(**) ,005	,165(**) ,000	,276(**) ,000	,635(**) ,000					
Medo	R Pearson Sig. -,147(**) ,000	,136(**) ,001	,301(**) ,000	,613(**) ,000	,890(**) ,000				
Ajuda	R Pearson Sig. -,012 ,768	-,064 ,102	,154(**) ,000	-,319(**) ,000	-,317(**) ,000	-,294(**) ,000			
Coacção	R Pearson Sig. ,052 ,190	,137(**) ,000	,227(**) ,000	,226(**) ,000	,341(**) ,000	,283(**) ,000	-,081(*) ,039		
Segregação	R Pearson Sig. -,132(**) ,001	,176(**) ,000	,270(**) ,000	,434(**) ,000	,581(**) ,000	,524(**) ,000	-,272(**) ,000	,449(**) ,000	
Evitamento	R Pearson Sig. -,057 ,149	,082(*) ,037	,145(**) ,000	,326(**) ,000	,472(**) ,000	,443(**) ,000	-,482(**) ,000	,220(**) ,000	,448(**) ,000

** p<0.010 * p<=0.050

3. Discussão dos resultados

A etapa de discussão dos resultados constitui uma fase fundamental num trabalho de investigação, na medida em que possibilita realçar os resultados mais relevantes e enquadrá-los na literatura, procedendo assim à sua interpretação. No nosso estudo, no que se refere à influência de factores sócio-demográficos na elaboração das concepções acerca da doença mental, nomeadamente no género, das nove dimensões que constituem o instrumento utilizado no nosso estudo, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão “ajuda”, a qual apresenta resultados bastante superiores para o sexo feminino ou seja, as mulheres que integraram a nossa amostra encontram-se mais predispostas a prestar ajuda a uma pessoa com doença mental quando comparadas com os elementos do sexo masculino. Além da “ajuda”, encontramos também as dimensões “perigosidade”, “pena” e “medo” com valores mais elevados no sexo feminino, apesar de não serem considerados estatisticamente significativos. Assim, há uma tendência para as mulheres considerarem a pessoa com doença mental mais perigosa do que os homens, apresentando consequentemente respostas emocionais negativas como o medo. No entanto, valores superiores em respostas emocionais como a pena explicam a maior prevalência de comportamentos de ajuda perante o doente mental por parte das mulheres. Por outro lado, os resultados do sexo masculino apresentam valores superiores, não estatisticamente significativos, nas dimensões “responsabilidade”, “irritação”, “coacção”, “segregação” e “evitamento”. Relativamente à influência do género nas atitudes perante a doença mental, no estudo realizado por Addison e Thorpe (2004) não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres. Os resultados de Adewuya e Oguntade (2004), por outro lado, corroboram os resultados encontrados no nosso estudo, revelando atitudes mais positivas em mulheres. De igual forma, Bjorkman e colaboradores (2008) encontraram atitudes mais positivas no sexo feminino perante vários diagnósticos de doença mental, com excepção da toxicod dependência. Durante a pesquisa bibliográfica por nós efectuada não encontramos estudos que revelassem atitudes mais positivas em homens, o que nos faz supor que eventuais características da personalidade do sexo feminino bem como a possível influência do papel de cuidadora, socialmente adoptado pela maioria das mulheres, poderão estar na origem do padrão de atitudes perante a doença mental manifestado pelos elementos do sexo feminino.

No que se refere à influência da existência de filhos, nos estereótipos acerca da doença mental, não encontramos literatura específica que nos ajudasse a interpretar os resultados encontrados no nosso estudo. No entanto, consideramos que estes podem ser justificados pela idade dos elementos da amostra, uma vez que a existência de filhos ocorre maioritariamente

em indivíduos mais velhos. Assim, os valores obtidos são maioritariamente superiores nos indivíduos que não têm filhos, com resultados estatisticamente significativos na dimensão medo e evitamento, ou seja, nível mais elevado de estereótipos nos indivíduos que não têm filhos e que possivelmente correspondem aos indivíduos mais novos. Esta inferência poderia aparentemente ir contra à literatura existente relativamente à influência da idade, segundo a qual indivíduos mais novos manifestam atitudes mais positivas perante a doença mental (Corrigan et al., 2001). No entanto é importante salientar que os indivíduos mais velhos que integraram o nosso estudo correspondem igualmente a uma faixa etária jovem e representam a parte da amostra que se encontra a finalizar a formação académica. No que se refere às correlações encontradas entre a idade e as diferentes dimensões em estudo, existem correlações negativas e significativas com as dimensões pena, irritação, perigosidade, medo e segregação ou seja, à medida que aumenta a idade, diminui a manifestação destas atitudes e emoções negativas. Este facto poderá ser explicado com o aumento do conhecimento acerca da doença mental, uma vez que a maioria dos indivíduos mais velhos da nossa amostra correspondem aos indivíduos que se encontram a terminar a sua formação académica bem como pelo aumento da diversidade de experiências dos indivíduos com o passar do tempo.

Relativamente à naturalidade, a dimensão “ajuda” é a única que apresenta diferenças estatisticamente significativas, encontrando-se o valor mais elevado em zonas afastadas dos centros urbanos. Este resultado confirma a nossa experiência pessoal em contexto de serviços de saúde mental, nos quais existe maior suporte social em doentes que vivem em zonas não urbanas, e está de acordo com os resultados encontrados por Alves (2008) que afirma que as diferenças e os desvios da norma, nomeadamente nos casos de doença mental, são mais facilmente assimilados e integrados em contextos não urbanos.

Quanto à familiaridade com a doença mental, procuramos avaliar no nosso estudo a influência da existência de contacto mais próximo, com pessoas com doença mental, nos resultados das várias dimensões do instrumento e encontramos resultados que coincidem com a literatura actual sobre o tema. Assim, registaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão “ajuda”, sendo estes comportamentos mais frequentes nos indivíduos que se relacionam com pessoas com doença mental, quer sejam familiares ou não. Por outro lado, encontramos maioritariamente valores superiores nas várias dimensões nos indivíduos sem contacto com pessoas com doença mental ou seja, maior tendência para emoções negativas como “pena”, “irritação” e “medo”, e atitudes estigmatizantes como atribuição de “responsabilidade” e “perigosidade”, “coação”, “segregação” e “evitamento”, em indivíduos com menor familiaridade com a doença mental.

A familiaridade com a doença mental e os seus efeitos no estigma é um tema recorrente na literatura. Segundo Holmes e colaboradores (1999), a familiaridade consiste no conhecimento e/ ou na experiência que um indivíduo tem com a doença mental. Corrigan e colaboradores (2003) sugerem que este factor está intimamente relacionado com as respostas emocionais e os comportamentos discriminatórios e, neste sentido, afirma que as pessoas que apresentam maior contacto com a doença mental manifestam maior predisposição para ajudar o doente, sendo os comportamentos de evitamento significativamente reduzidos, tal como se verificou nos resultados do nosso estudo. Segundo os resultados encontrados por Corrigan e colaboradores (2003), a familiaridade encontra-se positivamente relacionada com a pena e negativamente relacionada com sentimentos de raiva e medo. Outros autores encontraram resultados que vão de encontro ao conceito de efeitos da familiaridade proposto por Corrigan e colaboradores (2003), como é o caso de Addison e Thorpe (2004), que afirma que pessoas com experiência prévia de contacto com a doença mental apresentam na generalidade atitudes mais positivas e Angermeyer e colaboradores (2004) e Penn e Couture (2002), que confirmam que aumentando o nível de familiaridade, diminuiu o nível de estigma, de desejo de evitamento social e de percepção de perigosidade.

No que se refere à atribuição de responsabilidade pela doença mental, no nosso estudo encontramos valores estatisticamente significativos mais elevados nos indivíduos que têm contacto com pessoas com doença mental que não sejam familiares. Este resultado opõe-se ao modelo de atribuição de Corrigan e colaboradores (2003) que defende que a atribuição de causalidade e responsabilidade pela doença conduz ao aumento de emoções negativas e diminuição de comportamentos de ajuda. No entanto, como já referimos, a dimensão “ajuda” obteve resultados mais elevados nos indivíduos com mais familiaridade. Este facto sugere-nos que poderia ter sido importante perceber quais os diagnósticos das pessoas às quais os sujeitos da nossa amostra se referiam, uma vez que existem vários estudos acerca da variabilidade na atribuição de responsabilidade de acordo com o diagnóstico clínico (Corrigan et al., 2005; Crisp et al., 2005).

No nosso estudo procuramos ainda especificar o grau de contacto com o familiar e o com outras pessoas com doença mental que não fossem familiares, de forma a perceber mais aprofundadamente os efeitos da familiaridade. Tal como esperávamos e de acordo com a literatura existente, as dimensões estudadas apresentam um padrão global de superioridade, com vários resultados com diferenças estatisticamente significativas, quando o contacto é pouco regular, com excepção da dimensão “ajuda” que é superior quando o contacto é muito regular. Assim, e de acordo com Holmes e colaboradores (1999) e Corrigan e colaboradores

(2001), quanto maior é o grau de contacto com pessoas com doença mental, menor é o padrão de estereótipos e atitudes negativas.

No entanto, encontramos um estudo de Corrigan e colaboradores (2005) realizado com uma amostra de adolescentes com o objectivo de validar os conhecimentos acerca do estigma para esta população, que apresenta resultados diferentes dos encontrados na literatura para populações de adultos. Segundo este estudo, que utilizou o instrumento utilizado no nosso estudo, AQ-27, os adolescentes com mais familiaridade com a doença mental tendem a ter mais estigma, contrariamente ao que acontece com adultos em estudos anteriores. Corrigan e colaboradores (2005) e Crisp e colaboradores (2005), sugerem a necessidade de se realizarem mais estudos com adolescentes no sentido de se delinearem programas anti-estigma de acordo com as suas crenças e atitudes perante a doença mental.

Analizando os resultados que obtivemos relativamente ao ano do curso em que cada um dos sujeitos está matriculado, verificamos que existem maioritariamente valores inferiores em todas as dimensões em estudo no último ano do curso. Este facto pressupõe que a experiência e a informação recebidas durante a formação académica influenciam positivamente as percepções dos estudantes acerca da doença mental, conduzindo desta forma a uma diminuição nos estereótipos e atitudes estigmatizantes perante o doente mental. Dos resultados encontrados, as dimensões que apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os alunos do primeiro e último ano são a “pena”, “medo”, “ajuda” e “segregação”.

São diversos os autores que desde há vários anos procuram estudar e comprovar a influência de processos educativos na diminuição do estigma e da discriminação perante a doença mental (Corrigan et al., 2001; Link & Cullen, 1986; Roman & Floyd, 1981). Estudos recentes feitos com estudantes (Altindag et al., 2006; Corrigan et al., 2001; Mino et al., 2000) e com a população em geral (Adewuya & Makanjuola, 2008; Chong et al., 2007; Corrigan et al., 2001; Crisp et al., 2005; Peluso & Blay, 2004) comprovam a importância de aspectos educativos gerais como o nível de escolaridade e específicos (participação em cursos, programas ou sessões informativas sobre a doença mental) na diminuição do estigma perante a doença mental.

No que se refere aos resultados encontrados nos diferentes cursos em estudo, optamos por analisá-los segundo uma perspectiva integrada ou seja, explorar cada uma das dimensões do instrumento tentando perceber simultaneamente as variações intra e inter-cursos.

Assim, no que se refere à responsabilidade, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos dos diferentes cursos e podemos considerar que os valores

encontrados são relativamente baixos, variando entre 6.6 e 7.2. Estando o conceito de responsabilidade associado à causa do aparecimento da doença mental e sendo os valores encontrados relativamente baixos, sugere-nos que todos os indivíduos terão conhecimentos gerais relacionados com a etiologia da doença mental, prévios ao ingresso no curso da área da saúde. Analisando cada curso individualmente, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o valor da dimensão responsabilidade encontrado em alunos do primeiro e do último ano do curso de Medicina, sendo que no último ano este valor é significativamente inferior. Esta diferença significativa de resultados na dimensão responsabilidade entre alunos no início e no final da formação académica não se verifica em nenhum outro curso, o que poderá ser justificado pelo plano de estudos do curso de medicina ou pelo número de anos do próprio curso.

Quanto à percepção de perigosidade do doente mental e à dimensão medo, tal como o modelo de Weiner (1980) que associa estas duas dimensões, os cursos que registaram valores mais elevados na perigosidade, Psicologia e Medicina, correspondem aos que apresentam valores superiores na dimensão medo. O mesmo se aplica ao curso cujo valor na perigosidade foi inferior, Enfermagem, que apresenta igualmente o valor mais baixo na dimensão medo. Um dos resultados que consideramos importante salientar é o facto de apenas nos cursos de Terapia Ocupacional e Enfermagem se ter verificado valores mais baixos nas dimensões perigosidade e medo nos estudantes do último ano, sendo as diferenças no curso de Terapia Ocupacional estatisticamente significativas. Nos estudantes de Medicina, Psicologia e Serviço Social, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, os valores inferiores, que representam percepções mais positivas acerca da doença mental, encontram-se nos alunos do primeiro ano. Este resultado poderá ser explicado pelo facto dos cursos de Terapia Ocupacional e Enfermagem integrarem uma componente de estágio obrigatório em serviços de saúde mental, durante o qual os alunos, pelas funções que exercem, necessitam de estabelecer uma grande proximidade com os doentes. Por outro lado, a própria escolha e adopção de determinados métodos pedagógicos bem como os modelos dos próprios docentes poderão constituir uma influência significativa no padrão interaccional dos futuros profissionais de saúde mental.

Segundo alguns autores como é o caso de Corrigan e colaboradores (2002), o contacto com o doente mental é uma das melhores estratégias anti-estigma. No que se refere aos estereótipos responsabilidade e perigosidade, Feldman e Crandall (2007) num estudo realizado com 270 estudantes de Psicologia, encontraram dados consistentes com o modelo de atribuição de Weiner e colaboradores (1988). Tendo em conta os resultados encontrados nesta

amostra (percepção de que a doença mental é rara, de que os doentes mentais são perigosos e responsáveis pelos seus sintomas) uma das sugestões dos autores é a focalização de estratégias anti-estigma com base na alteração do comportamento dos profissionais de saúde. Segundo os autores, apesar de os terapeutas não verbalizarem estes estereótipos perante os seus doentes, é provável que não contribuam de forma adequada para a sua diminuição, perdendo oportunidades de dotar os doentes de competências e estratégias funcionais (Gingerich, 1998, cit. por Feldman & Crandall, 2007).

Prosseguindo a análise das diferentes dimensões em estudo, no que se refere à pena, que constitui uma reacção emocional que, segundo Weiner (1995, cit. por Corrigan et al., 2002) está associada a atribuição de responsabilidade diminuída e consequente prevalência de comportamentos de ajuda, o valor mais elevado encontra-se no curso de Psicologia, enquanto os mais baixos se encontram nos cursos de Enfermagem e Terapia Ocupacional. No que diz respeito aos valores registados para esta dimensão no início e no fim de cada curso, é de salientar que todos os cursos apresentam diferenças estatisticamente significativas, com excepção do curso de Medicina, com valores francamente superiores em alunos que se encontram a iniciar a formação académica. As diferenças encontradas entre os alunos que se encontram a iniciar e a terminar a formação académica poderão ser justificadas pelo aumento do conhecimento acerca da doença mental no final do curso, especificamente no que se refere às possibilidades e estratégias de tratamento utilizadas actualmente bem como ao potencial de recuperação e de funcionalidade do próprio doente mental.

Quanto à dimensão irritação, que tal como a pena se trata de uma reacção emocional directamente relacionada com a atribuição de responsabilidade pela doença mental mas que apresenta como consequência a diminuição dos comportamentos de ajuda (Weiner, 1995, cit. por Corrigan et al., 2002), a média mais elevada situa-se igualmente no curso de Psicologia e a mais baixa no curso de Terapia Ocupacional. Seria de esperar que esta dimensão registasse valores inferiores nos estudantes dos vários cursos que se encontram a terminar a formação académica. No entanto os resultados encontrados, que apesar de não apresentarem diferenças estatisticamente significativas consideramos pertinente referir, não são homogéneos: Medicina e Terapia Ocupacional registam valores inferiores para a dimensão irritação nos alunos do último ano, enquanto Psicologia, Serviço Social e Enfermagem apresentam valores inferiores em alunos do primeiro ano.

Na dimensão ajuda, todos os cursos apresentam valores médios semelhantes com excepção de Medicina cujo valor é significativamente inferior. No entanto, no que se refere à análise dos resultados em alunos do primeiro e último ano, todos os cursos apresentam

valores inferiores no último ano, sendo que estas diferenças no curso de Psicologia são estatisticamente significativas. O único curso que, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, apresenta maior tendência para comportamentos de ajuda em alunos do último ano é Terapia Ocupacional. Este facto poderá ser explicado pelo contacto significativo que os alunos de Terapia Ocupacional estabelecem com pessoas com doença mental durante os períodos de estágio académico. Além disto, poderá também ter influência o tipo de trabalho realizado por estes alunos, intimamente relacionado com o treino de competências para um desempenho global mais adequado, através do estabelecimento de uma forte relação terapêutica pautada de estratégias de suporte que auxiliam os indivíduos no processo de reabilitação.

Para as dimensões coacção, segregação e evitamento é o curso de Medicina que regista os valores de média mais elevados. Relativamente à dimensão coacção, um resultado a salientar é que enquanto no curso de Medicina o valor mais elevado se encontra nos estudantes do último ano do curso, com diferenças estatisticamente significativas em relação aos estudantes do primeiro ano, no curso de Terapia Ocupacional verifica-se o inverso, igualmente com diferenças significativas. No que se refere aos resultados obtidos para esta dimensão no curso de Medicina, estes poderão ser explicados pela própria formação académica, a qual enfatiza a importância do cumprimento rigoroso do tratamento farmacológico, que no caso da doença mental, principalmente na esquizofrenia, é frequentemente abandonado ou interrompido pelos próprios indivíduos. Por outro lado, alguns autores referem-se às escolas de medicina como instituições fortemente hierarquizadas e autoritárias, aspecto que certamente condiciona o desenvolvimento das atitudes profissionais futuras (Becher, Geer & Strauss, 1961, cit. por Carapinheiro, 1993). Quanto à segregação, os cursos de Terapia Ocupacional e Serviço Social apresentam diferenças estatisticamente significativas nos alunos do primeiro e último ano, encontrando-se nos do último ano os valores inferiores ou seja, que representam atitudes menos estigmatizantes. Nos restantes cursos os valores da dimensão segregação são idênticos nos dois grupos de estudantes, tendo o curso de Enfermagem valores significativamente inferiores que Medicina e Psicologia. Estes dados poderão estar relacionados com a importância e com o trabalho desenvolvido pelos profissionais de Terapia Ocupacional e de Serviço Social no sentido de promover a integração das pessoas com doença mental na sociedade, que necessariamente será incutido ao longo da formação académica.

No que se refere às correlações encontradas no nosso estudo, verificamos que as dimensões ou estereótipos se encontram, na sua maioria, correlacionados de forma positiva e

significativa entre si. Encontramos excepções de correlações negativas e significativas entre a ajuda e a irritação, ajuda e perigosidade, ajuda e medo, ajuda e coacção, ajuda e segregação e ajuda e evitamento, explicadas pelo modelo de Weiner (1995, cit. por Corrigan 2002).

Segundo Avanci e colaboradores (2002), os estudantes da área da saúde, ao ingressarem num curso superior, manifestam estereótipos e preconceitos que prevalecem na sociedade num dado momento e que podem influenciar a forma como futuramente interagem com os doentes. No entanto, através da formação adequada é possível alterar conceitos erróneos e por este motivo os autores salientam a importância de uma análise profunda aos planos de estudo dos cursos. Assim, realizaram um estudo com estudantes do primeiro ano do curso de enfermagem da Universidade de São Paulo, com o objectivo de analisar possíveis atitudes autoritárias e benevolentes por parte da amostra. Os resultados obtidos foram relativamente elevados para ambas as atitudes tal como esperado pelos autores, que, para justificarem os valores encontrados, recorrem à literatura actual sobre o tema bem como ao contexto de opressão política e cultural que durante vários anos prevaleceu no Brasil.

Terminada a discussão dos resultados onde nos foi possível, além de enquadrar os nossos dados na literatura actual, elaborar considerações interpretativas dos mesmos, passamos para a fase das conclusões onde apresentaremos as considerações finais relativas ao trabalho por nós desenvolvido.

CONCLUSÕES

Segundo o Livro Verde para a Saúde Mental (2006), prevê-se que mais de um em cada quatro adultos europeus sofra de perturbação mental, assumindo desta forma a saúde mental um estatuto de grande relevância para toda a sociedade, devendo assim ser alvo de debate no sentido de promoção da mudança. O paradigma actual de tratamento da pessoa com doença mental encontra-se orientado para a psiquiatria comunitária, fundamentado pelos princípios da reabilitação psicossocial. Em Portugal, este movimento de integração comunitária tem sido feito lentamente, influenciado pela quase inexistência de recursos e estruturas comunitárias de suporte que só a 28 de Janeiro no presente ano foram regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 8/2010. Apesar desta lenta mas progressiva evolução ao nível dos serviços de saúde mental é fundamental que se verifique a alteração de atitudes perante a doença mental, quer do público em geral quer dos próprios profissionais de saúde (Fazenda, 2008).

Na nossa investigação, efectuamos a comparação entre alunos do primeiro e último ano de diversos cursos superiores da área da saúde (Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) que revelaram atitudes e estereótipos acerca da doença mental significativamente diferentes entre si. Se por um lado os estudantes do primeiro ano, que iniciam a sua formação académica, poderão estar mais próximos da opinião do público em geral, por outro, os que terminam a licenciatura apresentam opiniões acerca da doença mental condicionadas pela própria formação, opiniões estas que deveriam contribuir para potencializar o tratamento da pessoa doente. Como já referimos, as diferenças encontradas podem estar relacionadas com as oportunidades criadas durante o curso para o contacto e a interacção com a doença mental que, segundo Corrigan e colaboradores (2002) pode ter mais influência do que outros processos educativos e informativos.

No nosso estudo, colocamos como primeira hipótese “os estereótipos acerca da doença mental não variam em função do curso”, a qual foi rejeitada na medida em que encontramos diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões com excepção da “responsabilidade”. Como segunda hipótese definimos que “os estereótipos acerca da doença mental diminuem do início para o fim do curso”, tendo sido esta hipótese parcialmente confirmada, uma vez que apenas nos estudantes do curso de Terapia Ocupacional esta hipótese se verifica de forma consistente e com várias dimensões com diferenças estatisticamente significativas entre alunos do primeiro e do último ano. Finalmente, na terceira hipótese encontramos “os estereótipos acerca da doença mental variam em função das características individuais destacando-se, entre estas, o grau de contacto/familiaridade com a doença mental”. Consideramos que a última hipótese colocada na nossa investigação foi

confirmada pelos resultados que obtivemos, nomeadamente na dimensão “ajuda” que apresentou valores superiores em indivíduos com mais contacto com a doença mental, bem como em estereótipos, atitudes e emoções negativas que registaram valores superiores em estudantes com menor contacto com pessoas com doença mental.

Apesar de a nossa amostra não ser representativa e os dados apresentarem algumas limitações, pensamos ter conseguido atingir os objectivos propostos, isto é, conhecer as atitudes e os estereótipos acerca da doença mental em estudante que poderão futuramente integrar as equipas de saúde mental, perceber as diferenças encontradas entre estudantes no início e no fim da licenciatura bem como interpretar as diferenças encontradas devido a características individuais, com base na literatura existente. Assim, como principais limitações deste estudo destacamos o facto de não nos ter sido possível, devidos a factores temporais, realizar um estudo longitudinal, aplicando o questionário aos mesmos alunos, no início e no final do curso. Por este motivo, apenas nos é possível comparar amostras independentes de alunos que se encontram em diferentes momentos do curso. Por outro lado, consideramos que apesar do instrumento escolhido para avaliar as atitudes dos estudantes face à doença mental corresponder aos objectivos por nós estabelecidos, o facto de apresentar uma escala de Lickert de 1 a 9, contribui para a dispersão de respostas e consequentemente a valores de Alfa de Cronbach inferiores aos ideais. No entanto, contactos efectuados com o autor indicam a possibilidade de futuramente se proceder à diminuição da amplitude da escala.

Futuramente consideramos que seria relevante prosseguir com este estudo, nomeadamente aumentando e equilibrando a amostra relativamente aos diferentes cursos, aplicar o mesmo instrumento a cursos que não da área da saúde e realizar um estudo semelhante com uma amostra representativa da população em geral. Consideramos fundamental a realização de estudos acerca de atitudes perante a doença mental nos próprios profissionais de saúde mental, no entanto consideramos que neste caso dever-se-ia utilizar a metodologia qualitativa, à semelhança do estudo de Rodrigues e Figueiredo (2003).

Com o aumento dos estudos na área do estigma em Portugal, nomeadamente no que se refere ao estigma perpetuado pelos profissionais de saúde mental, seria certamente possível melhorar a formação académica dos profissionais bem como a qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ablon J. (2002). The nature of stigma and medical conditions. *Epilepsy Behav.* 3(6S2), 2-9.
- Addison, S. & Thorpe, S. (2004). Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 39, 228–234.
- Adewuya, A. & Oguntade, A. (2004). Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 42, 931-936.
- Adewuya, A. & Makanjuola, R. (2008). Lay beliefs regarding causes of mental illness in Nigeria: pattern and correlates. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 43, 336-341.
- Altindag, A., Yanik, M., Ucok, A., Alptekin, K. & Ozkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 283–288.
- Alves, M. (2008). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental - um estudo no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Lisboa: Universidade Aberta
- American Psychiatric Association (2002). *D. S. M. IV. – T.R., Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (Ed. Portuguesa)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angermeyer, M. & Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science & Medicine*, 43, 1721–1728.
- Angermeyer, M., Matschinger, H. & Corrigan, P. (2004) Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175–182.
- Angermeyer, M., Schulze, B. & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma. A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 593-602.
- Anthony, W. (2002). *Psychiatric Rehabilitation (2nd ed)*. Boston : Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Arboleda-Flórez, J. (2003). Considerations on the Stigma of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 10, 645-650.
- Arboleda-Flórez, J. & Sartorius, N. (2008). *Understanding the stigma of Mental Illness: Theory and Interventions*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C. & Livaditis, M. (2008). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 8, 658-65.
- Associação Americana de Psiquiatria (2009). *Proposed Revisions*, in <http://www.dsm5.org>, acedido em Outubro de 2009.
- Avanci, R., Malaguti, S. & Pedrão, L. (2002). Autoritarismo e Benevolência Frente à Saúde Mental: Estudo com Alunos Ingressantes no Curso de Enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 10, 4, 509–15.

- Becker H. (1963). *Outsiders: studies in sociology of deviance*. New York: Free Press.
- Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. (2007). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci*, 22, 170–177.
- Bond, G., Corigan, P., Drake, R., Mueser, K. & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice Of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.
- Boyd, M. (2008). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice* (4^a ed.). China: Wolters Kuwer Health Lippincott Williams & Wilkint.
- Buizza, C., Schulze, B., Bertocchi, E. (2007). The stigma of schizophrenia from patient`s and relatives view: a pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 3, 345-357.
- Cancro R. & Meyerson A. (2002). *Prevention of Disability and Stigma Related to Schizophrenia: A Review*. New York: Mario Maj, Norman Sartorius
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Castro, H. (2005). Estigma y Enfermedad: Un Punto de Vista Historico-social. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6, 1, 33-42.
- Chee, C., Ng, T. & Kua, E. (2005). Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 40, 648–653.
- Chong, S., Verma, S., Vaingankar, J., Chan, Y., Wong, L. & Heng, B. (2007). Perception of the public towards the mentally ill in a developed Asian country. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 42,734-739.
- Chuaqui, J. (2005). El Estigma en la Esquizogrenia. *Ciencias Sociales Online*, 2, 1.
- Coelho, M. & Almeida F. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde*, 9, 315-33.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal*, in <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>, acedido em Dezembro de 2009.
- Cooper, A., Corrigan, P. & Watson, A. (2003). Brief Reports: Mental Illness Stigma and Care Seeking. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 339-341.
- Corrigan, P. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *SocialWork*, 52, 1, 31-39.
- Corrigan, P., Edwards, A., Green, A., Diwan S. & Penn, D. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 2, 219–225.
- Corrigan, P., Lurie, B., Goldman, H., Slopen, N., Medasani, K. & Phelan, S. (2005). How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *Psychiatric Services*, 56, 5, 544-550.

- Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M. (2003). An attribution model of public discrimination towards people with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 44, 162–179.
- Corrigan, P., Mueser, K., Bond, G., Drake, R. & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press.
- Corrigan, P., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowsky, K., White, K. & Kubiak, M. (2002). Challenging Two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 2, 223 - 232.
- Corrigan, P., Watson, A., Miller, F. (2006). Blame, shame, and contamination , The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of family psychology*, 20, 239-246.
- Corrigan, P., Watson, A., Warpinski, A. & Gracia, G. (2004). Implications of Educating the Public on Mental Illness, Violence, and Stigma. *Psychiatric Services* 55, 577–580.
- Corrigan, P., Watson, A., Warpinski, A., Gracia, G. (2004). Stigmatization Attitudes about Mental Illness and Allocation of Resources to Mental Health Services. *Community Mental Health Journal*, 40, 4, 297-307.
- Crisp, A. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 1, 4-7.
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4, 2, 106-113.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). *Social Stigma - The Handbook of Social Psychology*. New York: McGraw Hill.
- Decreto-Lei nº 241/94 de 22 de Setembro.
- Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro.
- Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro.
- Dyduch, A. & Grzywa, A. (2009). Stigma and related factors basing on mental illness stigma. *Pol Merkur Lekarski*, 26: 263-267.
- Eliade, M. (2000). *Aspectos do Mito*. Lisboa: Edições 70.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto (2009). *Plano de Estudos*, in <http://portal.esenf.pt>, acedido em Fevereiro de 2009.
- Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto (2009). *Plano de Estudo de Terapia Ocupacional*, in <http://www.estsp.ipp.pt/index.php/to>, acedido em Fevereiro de 2009.
- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2009). *Plano de Estudos de Medicina*, in <http://sigarra.up.pt/fmup>, acedido em Fevereiro de 2009.
- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (2009). *Plano de Estudo – curso de Psicologia*, in http://www.fpce.up.pt/pe_psicologia, acedido em Fevereiro de 2009.

- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado : saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi.
- Feldman, D. & Crandall, C. (2007). Dimensions of Mental Illness Stigma: what about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 2: 137-154.
- Fink, P. & Tasman, L. (1992). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press
- Foucault, M. (1966). *As Palavras e as Coisas*. Lisboa: Edições 70.
- Foucault, M. (1975). *Vigiar e Punir*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Foucault, M. (1987). *História da Loucura*. São Paulo: Edições Perspectiva.
- Gabriel, G. & Teixeira, C. (2007). Ronald D. Laing: A política da psicopatologia. *Aná. Psicológica*, 25, 4, 661-673.
- Geidel, A. (2005). *Estigma y Esquizofrenia: Qué Piensan las Personas Afectadas y sus Cuidadores*. Granada: Universidade de Granada
- Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Touchstone.
- Graf, J.; Lauber, C. e Nordt, C. (2004). Perceived Stigmatization of Mentally Ill People and Its Consequences for the Quality of Life in a Swiss Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 8, 542-547.
- Grupo Fórum Estudante. *Profissões com futuro*, in cdp.portodigital.pt/Members/admin/profissoes.../medico.pdf, acedido em Novembro de 2009.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.
- Hinshaw, S. (2007). *The mark of shame: Stigma of Mental Illness and Agenda for Change*. New York: Oxford University Press.
- Hinshaw, S. & Stier, A. (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 367-393.
- Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination – everybody's business. *MJA* 178, S47–S48.
- Holmes, P., Corrigan, P., Williams, P., Canar, J. & Kubiak, M. (1999). Changing Attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 447–456.
- Instituto Superior de Serviço Social do Porto (2009). *Plano de Estudos de Serviço Social*, in <http://www.issp.pt>, acedido em Fevereiro de 2009.
- Kelley, H. (1968). Attribution theory in social psychology. *Nebraska Symposium on Motivation*, 15, 192-238.
- Kessler, R. et al. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research*, 36, 6, 987–1007.

- Lamy, R. (1966). Social Consequences of Mental Illness, *Journal of Consulting Psychology*, 30, 5, 450–455.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C. & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand*, 113, 51–59.
- Law, G., Rostill–Brokes H. & Goodman D. (2009). Public stigma in health and non–healthcare students: attributions, emotions and willingness to help with adolescent self–harm, *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1, 107–18.
- Leff, J. & Warner, R. (2006). *Social Inclusion of People with Mental Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lepping, P., Steinert, T., Gebhardt, R. & Röttgers, H. (2004). Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany-a questionnaire analysis. *European Psychiatry*, 19, 91-95.
- Link, B., Phelan, J., (2001). Conceptualizing Stigma, *Annu. Rev. Sociol.*, 27, 363–85.
- Link, B., Phelan, J. (2006). Stigma and its public health implications, *Lancet*, 367, 528–529.
- Link, B., Phelan, J., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328–1333.
- Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 12, 1621-1626.
- Livro Verde da Comissão (2005). *Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*, in <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>, acedido em Dezembro de 2009.
- López, M., Laviana M., Fernández L., López A., Rodríguez A. & Aparicio A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible, *Rev. Assoc. Esp. Neuropsiq.*, 28, 101, 43-83.
- Loureiro, L., Dias C. & Aragão R. (2008). Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. *Revista Referência*, 8, 33-44.
- Mackay, H. & Barrowclough, C. (2005). Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: Attributions, emotions and willingness to help, *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 255–267.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C. & Maj, M. (2004). Beliefs About Schizophrenia in Italy: A Comparative Nationwide Survey of the General Public, Mental Health Professionals, and Patients' Relatives. *Can J Psychiatry*, 49, 4, 171-179.
- Marques, A. (2007). *Modelo Integrado de Desenvolvimento Pessoal: Um modelo de Reabilitação Psicossocial para pessoas com incapacidades psiquiátricas*. Tese de Doutoramento. Porto: F.P.C.E.U.P.

- Mino, Y., Yasuda, N., Kanazawa, S., Inoue, S. (2000). Effects of medical education on attitudes towards mental illness among medical students: a five year follow-up study. *Acta Med Okayama*, 54: 127-132.
- Monteiro, F. & Madeira, T. (2007). Considerações sobre doença mental e comunicação social, *Análise Psicológica*, 1, 25, 97–109.
- Morgan, M., Calnan, M. & Manning, N. (1985). *Sociological approaches to health and medicine*. Londres: Routledge.
- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Checinski, K. & Surgenor, T. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*, 26, 178-181.
- Nordt, C., Rössler, W. & Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 4, 709-714.
- Norman, R., Sorrentino, R., Windell, D. & Manchanda, R. (2008). Are Personal Values of Importance in the Stigmatization of People with Mental Illness? *La Revue canadienne de psychiatrie*, 53, 12.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem in* <http://www.ordemenfermeiros.pt/>, acedido em Novembro de 2009.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, Relatório sobre a Saúde no Mundo*, in <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>, acedido em Dezembro de 2009.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Osswald W. (2000). Relação enfermeiro-doente e a humanização dos cuidados de saúde. *Humanização em notícia – Boletim informativo da comissão nacional para a humanização e qualidade dos serviços de saúde*, 7, 3-36.
- Pedrão, L., Avanci, R., Malaguti, S. & Aguilera, A. (2003). Atitudes Frente à Doença Mental: Estudo Comparativo entre Ingressantes e Formandos em Enfermagem, *Medicina, Ribeirão Preto*, 36, 37–44.
- Peluso, É. & Blay, S. (2004). Community perception of mental disorders. A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 955–961.
- Penn, D. & Couture, S. (2002). Strategies for reducing stigma towards persons with mental illness, *World Psychiatry*, 1, 1, 20–21.
- Penn, D. & Wykes, T. (2003). Stigma, discrimination and mental illness, *Journal of Mental Health*, 12, 203–208.
- Pescolido A. (1999). The public's view of the competence, dangerousness and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89, 9, 1339-1345.

- Phelan, J., Link, B., Stueve A. & Pescosolido, B. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behaviour*, 41, 188–207.
- Read, J. & Harre, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of “mental patients”, *Journal of Mental Health*, 10, 2, 223-235.
- Reingold L. & Krishan, S. (2001). *The study of stigmatizing conditions: an epidemiologic perspective*. Maryland: Bethesda.
- Robins, L.e Regier, D. (1991). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area stud.* New York: The Free Press.
- Rodrigues, C. & Figueiredo, M. (2003). Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos de Psicologia*, 8, 1, 117-125.
- Sadow, D., Ryder, M. (2008). Reducing Stigmatization Attitudes Held by Future Health Professionals: The Person is the Message, *Psychological Services*, 5, 4, 362–372.
- Sadow, D., Ryder, M. & Webster, D. (2002). Is education of health professionals encouraging stigma towards the mentally ill? *Journal of Mental Health* 11, 6, 657–665.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic Stigma of Mental Illness, *British Medical Journal*, 324, 1470-1471.
- Saúde mental, reabilitação e cidadania. Folheto 56, in www.inr.pt, acedido em Novembro de 2009.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19, 2, 137–155.
- Sirey, J., Bruce, M. & Alexopoulos, G.(2001). Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52, 1615 -1620.
- Sokratis, D., Lyons, E. & Finlay, W. (2005). Does chronic illness place constraints on positive constructions of identity? Temporal comparisons and self-evaluations in people with mental illness. *Social Science & Medicine*, 60, 2239 – 2248.
- Smart, L. & Wegner, D. (2000). *The Social Psychology of Stigma*. New York: Guilford Press.
- Sousa, S. et al. (em curso). *O estigma nos familiares de pessoas com doença mental grave: estudo exploratório com o AQ-27*. Porto: F.P.C.E.U.P. (adaptação e avaliação psicométrica do instrumento iniciada em 2009, não publicada).
- Spagnolo, A., Murphy, A. & Librera, L. (2008). Reducing Stigma by Meeting and Learning from People with Mental Illness, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 3, 186–193.
- Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R., Hoffmann, M. & Leherr, H. (2005). Compulsory admission and treatment in schizophrenia. A study of ethical attitudes in four European countries. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 40, 635-641.
- Thompson, A., Stuart, H., Bland, R., Arboleda – Florez, J., Warner, R. & Dickson, R. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 37, 475–482.

- Thornicroft, G. (2006). *Shunned – discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Rose, D. & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19, 2, 113–122.
- Vibha, P., Saddichha, S. & Kumar, R. (2008). Attitudes of Ward Attendants Towards Mental Illness: Comparisons and Predictors. *International Journal of Social Psychiatry*, 469-479.
- Vidal, F. (em curso). *O estigma na esquizofrenia: atitudes dos profissionais da saúde mental*. Tese de Mestrado. Porto: Universidade Católica de Porto.
- Wahl, O. (1999). *Telling is a Risky Business: Mental Health Consumers Confront Stigma*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Watson, A. & Corrigan, P. (2005). Challenging Public Stigma: a Targeted Approach, *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*, 281-295.
- Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)–emotion-action model of helping behaviour: an analysis of judgements of help giving, *Journal of Personality & Social Psychology*, 39, 186–200.
- Weiner, B., Graham, S. & Chandler, C. (1982). Pity, anger and guilt: An attributional analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 226–232.
- Weiner, B., Perry, R. & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738–748.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*. New York: The Guilford Press.
- Williams, A., Cheyne, A. & Macdonald, S. (2001). The public's knowledge of psychiatrics: questionnaire survey. *Psychiatric Bulletin*, 25, 11, 429-432
- World Association of Psychiatry - WPA. *Activities of the Section of Stigma and Mental Illness in* <http://www.wpanet.org/>, acedido em Janeiro de 2008.
- World Health Organization (2003). *Fact sheet N°134: Traditional medicine*, in <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/en/>, acedido em Novembro de 2009.
- World Health Organization (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions*, in <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>, acedido em Novembro de 2009.
- World Health Organization Europe (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar*, in <http://www.acs.min-saude.pt/pt/saudemental>, acedido em Dezembro de 2009.
- Zimmerman, M. (1998). Empowerment and community participation: a review for the next millenium. *Actas do II Congresso Europeu de Psicologia Comunitária*, ISPA, 17-42.
- Zuchova, S. (2006). Attitudes of medical students towards people suffering from mental illness – comparison of quantitative and qualitative experimental methods. *Studia Psychologica*, 48, 4: 349-359.

ANEXO: APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Este questionário¹ é realizado no âmbito de um projecto de Mestrado em Temas de Psicologia (Psicologia da Saúde) a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos e científicos (dissertação de Mestrado), sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual. O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas nem assinar o questionário.

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta.

Obrigado pela sua colaboração.

GRUPO I

1. Idade: _____

2. Sexo:

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Naturalidade: _____

4. Estado Civil:

☐ Solteiro

☐ Casado ou a viver em união de facto

☐ Divorciado, separado ou viúvo

5. Tem filhos?

☐ Sim.

☐ Não

6. Curso: _____

7. Ano que frequenta no curso: _____

8. Situação laboral:

☐ Estudante

☐ Trabalhador-estudante

¹ Versão para investigação elaborada por T. Barbosa, A.J. Marques & C. Queirós, F.P.C.E.U.P. (2009).

GRUPO II

1. Tem algum familiar com doença mental?

☐

Sim

☐

Não (avance para a questão 4)

2. Se respondeu Sim, indiquem quem:

☐

Pai ou mãe

☐

Irmãos

☐

Cônjuge ou namorado

☐

Filhos

☐

Outro. Quem? _____

3. Se respondeu Sim, com que regularidade contacta com essa pessoa? ²

☐

Diariamente

☐

Semanalmente

☐

Mensalmente

☐

Ocasionalmente

☐

Nunca

4. Conhece alguém, sem ser familiar, com doença mental?

☐

Sim

☐

Não (avance para GRUPO III)

5. Se respondeu Sim, indiquem quem:

☐

Amigo

☐

Colega de curso

☐

Colega de trabalho

☐

Doente do estágio

☐

Vizinho

☐

Outro. Quem? _____

6. Se conhece alguém com doença mental sem ser familiar, com que regularidade contacta com essa pessoa? ²

☐

Diariamente

☐

Semanalmente

☐

Mensalmente

☐

Ocasionalmente

☐

Nunca

GRUPO III ³

POR FAVOR LEIA A SEGUINTE INFORMAÇÃO SOBRE O JOSÉ:

O José é um homem com 30 anos de idade, solteiro e com Esquizofrenia. Às vezes ouve vozes e fica perturbado. O José vive sozinho num apartamento e trabalha como estafeta num grande escritório de advogados. Já foi internado seis vezes devido à sua doença.

AGORA RESPONDA A CADA UMA DAS QUESTÕES QUE SE SEGUEM SOBRE O JOSÉ.

MARQUE COM UMA CRUZ O NÚMERO QUE MELHOR CORRESPONDE À SUA RESPOSTA

1. Eu iria sentir-me incomodado pelo José.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
nada								muito

Como este instrumento se encontra em fase de adaptação para Portugal, apenas foi exemplificado um item no total dos 27 que compõe o instrumento.

² Grupo III – A.Q.-27: Versão portuguesa elaborada por S. Sousa, C. Queirós, A.J. Marques, N. Rocha & A. Fernandes (2008), traduzida do original A.Q. – 27 (P. Corrigan et al., 2003) com autorização de P. Corrigan para adaptação em Portugal.