



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

# Avaliação de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental: efeito do género e do contacto com pessoas com doença mental

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde-

por

Maria Inês Marques de Queirós e Vasconcelos Ferreira

sob orientação de  
Professora Doutora Filipa Palha

Faculdade de Educação e Psicologia  
Porto, julho de 2013

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Filipa Palha por todo o conhecimento que me transmitiu, fazendo-me crescer de forma tão apoiada. Por toda a disponibilidade ao longo desta caminhada, pelas palavras de encorajamento, pela compreensão e por me ter inspirado a fazer sempre mais e melhor. Por ter sido sempre um exemplo de profissionalismo e dedicação, MUITO OBRIGADA.

Aos professores da FEP-UCP, porque todos deixaram a sua marca na pessoa e profissional que sou hoje. Em especial, ao Professor Pedro Dias, pela ajuda ao longo deste processo. Também à Professora Mariana Negrão, por toda a ajuda e disponibilidade durante estes anos, MUITO OBRIGADA.

À Mãe, companheira de todos os momentos. Pelo apoio incondicional e por acreditares sempre em mim. Porque, sem ti, esta caminhada teria sido impossível. Pela força que me deste sempre e por seres o meu modelo, MUITO OBRIGADA.

Ao Pai, pela força para continuar o caminho, que, nesta estrada, se revelou mais difícil do que eu esperava. De forma especial, sinto, todos os dias, o teu apoio, porque “aqueles que nos amam, nunca nos deixam verdadeiramente”, MUITO OBRIGADA.

Aos avós, tios e primos. Por serem um dos meus pilares, no sentido literal, uma família, e por estarem sempre e incondicionalmente, MUITO OBRIGADA. Ao Eduardo, pelo apoio, amizade, disponibilidade, paciência e generosidade que sempre teve, MUITO OBRIGADA.

Ao Wally, meu grande companheiro, MUITO OBRIGADA.

Às minhas “irmãs” e “pipas”, Maria João Gomes, Bruna Tavares, Ana Raquel Tavares e Inês Branquinho, por estarem sempre e incondicionalmente! Pelo apoio, amizade e por fazerem de mim uma pessoa muito mais completa e feliz, MUITO OBRIGADA.

Às minhas amigas e companheiras de Mestrado: Ana Losada, Sara Pinho e Luísa Ferreira, por todos os momentos de entreajuda em que o humor afastava o cansaço e a frustração. Por tudo o que criámos. Porque, sem a vossa presença, este caminho teria sido muito mais difícil, MUITO OBRIGADA.

A todos os que, embora não sendo referidos, passaram, marcaram de alguma forma a minha vida e me ajudaram a chegar até aqui, MUITO OBRIGADA.

**Aos meus pais**

## Resumo

A dimensão dos problemas de saúde mental e o seu impacto é atualmente uma problemática inquestionável (World Health Organization (WHO), 2001), exigindo uma intervenção a diversos níveis. Ao longo dos últimos anos múltiplas iniciativas identificaram o estigma na doença mental como uma das áreas prioritárias de intervenção (WHO, 2001; WHO, 2008).

Da mesma forma que a população em geral, a classe médica e os estudantes de Medicina, diretamente ligados à intervenção na doença mental, apresentam atitudes estigmatizantes face à mesma (Markström et al., 2009; Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross, & Rössler, 2004; Rowe, 2012; Neauport et al., 2012).

No entanto, apesar de esta temática ser amplamente estudada internacionalmente, em Portugal isto não acontece. Em contexto português, apenas foram realizadas duas investigações com o objetivo de avaliar o estigma em estudantes de Medicina (Xavier & Almeida, 1999; Pinhal, 2010). Daqui decorre a importância de se perceber como é que esta redução do estigma se pode efetivar em contexto universitário, na medida em que melhorará não só a qualidade da formação, como os cuidados que irão futuramente prestar.

Neste estudo, com base numa amostra de 86 alunos de sete faculdades de Medicina portuguesas, pretendeu avaliar-se as atitudes face à doença mental, a existência de diferenças de género e o impacto do conhecimento e do contacto com pessoas com doença mental, com recurso à escala Mental Illness: Clinician's Attitudes (MICA).

De um modo geral, os resultados demonstraram a existência de atitudes estigmatizantes por parte dos estudantes de Medicina, o que é corroborado pela literatura. Salienta-se, portanto, a importância de repensar a formação médica na área do estigma associado à doença mental, com o objetivo de proporcionar uma melhoria qualitativa nos cuidados a prestar às pessoas com doença mental, combatendo o estigma no decorrer da formação médica.

**Palavras-chave:** estigma; doença mental; estudantes de Medicina; género; conhecimento; contacto.

## Abstract

The dimension and impact of mental health problems is currently undisputed (WHO, 2001), which calls for intervention at multiple levels. Over the last few years a number of initiatives have identified stigma of mental illness as a priority area of intervention (WHO, 2001; WHO, 2008).

Doctors and Medicine students directly involved in intervention in the field of mental illness show stigmatizing attitudes similar to those of the general public (Markström et al., 2009; Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross, & Rössler, 2004; Rowe, 2012; Neauport et al., 2012).

In spite of being widely studied at international level, only two research works have been conducted in Portugal to assess stigma in Medicine students (Xavier & Almeida, 1999; Pinhal, 2010). It is therefore important to understand how stigma can be effectively reduced in higher education context, so as to improve both the quality of training and future health care provision.

This study aims at assessing the attitude of future health care professionals towards mental illness from a sample of 86 medicine students, as well as differences of gender, and the impact of acquaintance of and personal contact with mental illness in the attitudes of medicine students, using the Mental Illness: Clinician's Attitudes (MICA).

In general, results have shown that students display stigmatizing behaviour, which is confirmed by international literature. It is therefore important to emphasize the need to rethink how stigma issues are addressed and dealt with throughout medical training in order to improve the quality of care provision to people with mental illness.

**Keywords:** stigma; mental illness; Medicine students; gender; acquaintance; contact.

# Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo I: Enquadramento teórico</b> .....	3
1.1 Doença mental.....	3
1.2 Estigma.....	4
1.3 Estigma Público .....	5
1.4 Estigma Privado .....	7
1.5 Estigma na Medicina.....	7
1.6 Estigma nos estudantes de Medicina.....	10
1.7 Intervenção no estigma.....	13
1.7.1 Intervenção no estigma em profissionais de saúde .....	16
1.7.2 Intervenção no estigma em estudantes de Medicina .....	17
1.8 Estigma no contexto português .....	19
<b>Capítulo II: Metodologia</b> .....	20
2.1 Objetivo geral.....	20
2.1.1 Objetivos específicos .....	20
2.2 Questão de investigação.....	20
2.3 Hipóteses.....	21
2.4 Amostra.....	21
2.5 Instrumento .....	22
2.5.1 Questionário Sociodemográfico.....	22
2.5.2 <i>Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA)</i> .....	22
2.6 Procedimento.....	23
2.6.1 Procedimento de recolha de dados .....	23
2.6.2 Procedimento de tratamento de dados.....	23
<b>Capítulo III: Apresentação dos resultados</b> .....	24
3.1 Avaliação de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental.....	24
3.2 Avaliação de diferenças de género nas atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental.....	26

3.3	Avaliação de diferenças nas atitudes entre estudantes com conhecimento pessoal e estudantes com contacto profissional com pessoas com doença mental.....	27
	<b>Capítulo IV: Discussão dos resultados</b> .....	30
	<b>Capítulo V: Conclusão</b> .....	38
	<b>Capítulo VI : Limitações</b> .....	39
	<b>Capítulo VII: Investigações futuras</b> .....	40
	<b>Referências</b> .....	43
	<b>Anexos</b> .....	53

## Índice de anexos

**Anexo 1:** *Mental illness: Clinician's attitudes (MICA)*

**Anexo 2:** Diferenças nas atitudes entre conhecimento e contacto com pessoas com doença mental. Análise descritiva por item.

**Anexo 3:** Avaliação das diferenças nas atitudes entre conhecimento e contacto com pessoas com doença mental. Análise descritiva por item.

## Índice de tabelas

**Tabela 1:** Análise descritiva, por item, de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental.

**Tabela 2:** Análise do item 1.

**Tabela 3:** Análise do item 14.

**Tabela 4:** Análise de atitudes de conhecimento e contacto de pessoas com doença mental.

**Tabela 5:** Análise de atitudes de conhecimento e contacto de pessoas com doença mental, por item.

**Tabela 6:** Impacto do conhecimento nas atitudes estigmatizantes.

## Índice de siglas

ERMIS - *Emotional Reactions to Mental Illness Scale*

MICA - *Mental Illness: Clinicians Attitudes Scale,*

RIBS - *Reported and Intended Behavior Scale*

SCILO - *Social Contact Intended Learning Outcomes*

WHO - World Health Organization

## Introdução

A dimensão dos problemas de saúde mental e o seu impacto a nível individual, familiar, social e económico é hoje uma problemática inquestionável (World Health Organization (WHO), 2001), exigindo uma intervenção a diversos níveis. Ao longo dos últimos anos, múltiplas iniciativas (WHO, 2001; WHO, 2008) têm identificado quais as prioridades de intervenção, sendo o estigma associado à doença mental uma das áreas prioritárias.

O estigma é definido como a adoção de atitudes discriminatórias e negativas sobre pessoas com doença mental (Goffman, 1963; Corrigan & Penn, 1999). Sendo uma construção social, engloba o preconceito e a discriminação sentidos ou enfrentados em sociedade pela pessoa com doença mental (Wahl, 2012) originando uma divisão entre os indivíduos, com base no grupo de indivíduos com atitudes estigmatizantes e no grupo de indivíduos estigmatizados. Desta divisão decorre uma relação assimétrica, com desvantagem para os segundos (Link & Phelan, 2001). Pode subdividir-se em estigma privado e estigma público. A literatura, aponta, ainda para que as atitudes estigmatizantes variem mediante alguns fatores, tais como, o género e o conhecimento pessoal ou o contacto profissional com pessoas com doença mental.

Estudos com diversas populações (e.g. jovens; adultos; médicos) têm concluído que atitudes estigmatizantes face à doença mental são encontradas em diferentes idades e contextos, o que ajuda a compreender o facto de o estigma ser considerado um dos maiores obstáculos à promoção da saúde mental. Por conseguinte, sendo os médicos os primeiros a ter contacto com a população com doença mental e suas famílias, torna-se importante perceber detalhadamente o tipo de atitudes que estes profissionais de saúde manifestam (Markström, Gyllensten, Bejerholm, Björkman, Brunt, Hansson, Leufstadius, Sandlund, Svensson, Östman & Eklund, 2009; Brunero, Jeon, & Foster, 2012).

Neste âmbito, entender o tipo de atitudes que os estudantes de Medicina apresentam face às pessoas com doença mental é relevante, na medida em que estes serão os futuros médicos. Dada a falta quase total de investigação do estigma existente em estudantes de medicina em contexto português, o presente estudo pretende aprofundar este assunto, colmatando a falha identificada.

Vários estudos apontam para existirem, de facto, atitudes estigmatizantes face à doença mental em estudantes de Medicina (Korszun, Dinos, Ahmed & Bhui, 2012; Markström et al., 2009; Ogunsemi, Odusan, & Olatawura, 2008; Onesirosan, Omoaregba, & Okogbenin, 2012; Economou, Peppou, Louki & Stefanis, 2012). Daqui decorre a importância de se perceber como é que esta redução do estigma se pode efetivar em contexto universitário, na medida em que melhorará não só a qualidade da formação, como os cuidados que irão futuramente prestar.

O presente trabalho pretende então avaliar o tipo de atitudes que os estudantes de Medicina apresentam face a pessoas com doença mental, a existência de diferenças de género e o impacto do contacto profissional e do conhecimento pessoal.

Para este efeito, encontra-se organizado em sete capítulos, que passarei a descrever seguidamente.

O capítulo I contempla o enquadramento teórico onde estão explorados os seguintes temas: 1) Doença mental ; 2) Estigma; 3) Estigma Público; 4) Estigma Privado; 5) Estigma na Medicina ; 6) Estigma nos estudantes de Medicina; 7) Intervenção no estigma **Erro! Marcador não definido.**; 7.1) Intervenção no estigma em profissionais de saúde; 7.2) Intervenção no estigma em estudantes de Medicina e 8) Estigma no contexto português.

No segundo capítulo, a metodologia, foram descritos os objetivos gerais e específicos, as hipóteses, amostra, instrumento utilizado e procedimento de recolha e de tratamento de dados do presente estudo.

No capítulo III, foi realizada uma apresentação dos principais resultados obtidos com base na seguinte divisão: 1) Avaliação de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental, 2) Avaliação de diferenças de género nas atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental e 3) Avaliação de diferenças nas atitudes entre conhecimento e contacto com pessoas com doença mental.

No Capítulo IV – a discussão –, foi elaborada uma descrição dos resultados obtidos e analisadas as principais implicações e contributos.

No Capítulo V, foi realizada a conclusão do presente estudo.

Nos capítulos VI e VII, foram apresentadas, respetivamente, as limitações e referidas sugestões para estudos realizados futuramente.

## Capítulo I: Enquadramento teórico

Neste capítulo, realizou-se um enquadramento teórico do tema deste trabalho. Para tal, começamos por realizar uma breve definição de doença mental, no sentido de delimitar este conceito. De seguida, foi abordado o conceito de estigma e exploradas as intervenções realizadas neste âmbito. Por último, foram descritos os trabalhos realizados no âmbito da intervenção no estigma em contexto português.

### 1.1 Doença mental

São várias as definições existentes relativamente ao conceito de doença mental. Contudo, é consensual que esta se caracteriza por uma alteração clinicamente significativa em uma ou várias áreas importantes do funcionamento do indivíduo, tais como, pensamentos, emoções, comportamento e relações com os outros ou gestão autónoma das atividades de vida diária (WHO, 2001; American Psychiatric Association, 2002; Manderscheid, Ryff, Freeman, McKnight-Eily, Dhingra & Strine, 2010).

Assiste-se, em todo o mundo, a um aumento exponencial da doença mental, afetando pessoas de todas as etnias, estatutos socioeconómicos ou religiões. Em contexto europeu, cerca de 11% dos indivíduos já tiveram ou têm a experiência de doença mental (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011), sendo esta responsável por sensivelmente 40% dos anos vividos com incapacidade ou decréscimo da atividade laboral (WHO, 2001).

Especificamente em contexto português, verifica-se que 23 % dos indivíduos já tiveram ou têm experiência de doença mental (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011). Esta constatação implicou o delinear de um conjunto de estratégias com vista a melhorar os cuidados a prestar à pessoa com doença mental, a aumentar a sua qualidade de vida e a promover um melhor funcionamento social (WHO, 2001; Scheid & Brown, 2010). Uma destas estratégias consistiu na promoção da inclusão plena das pessoas com doença mental na sociedade, procurando combater o estigma – uma das principais barreiras à consecução deste objetivo social (Ursano, Fullerton & Brown, 2011) – conceito que irá ser abordado nos pontos seguintes.

## 1.2 Estigma

O conceito de estigma é abrangente e multifacetado. Começaremos por fazer uma descrição do conceito geral de estigma, especificando depois as características que assume no âmbito da doença mental.

Goffman (1963) foi um dos primeiros autores a delimitar este conceito, definindo-o como “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. Tal como em Goffman (1963), a proposta de Corrigan, Markvitz & Watson (2004) associa este conceito a um fenómeno ou construção social. Contudo, Corrigan et al. (2004) referem que pode ser ainda compreendido com base em três aspetos essenciais: estereótipos, preconceito e discriminação, adiante descritos. Os estereótipos traduzem as crenças e o conhecimento (positivo ou negativo) aceite e generalizado em sociedade sobre um determinado grupo de pessoas que possuem características idênticas. Permitem gerar, de forma rápida, impressões sobre este grupo (Corrigan et al., 2004). O grau de concordância da sociedade com a validade destes estereótipos define-se como preconceito (Corrigan et al., 2004; Corrigan & Watson, 2002). Este segundo aspeto, o preconceito, traduz-se numa avaliação negativa de um determinado grupo, situando-se, portanto, a nível cognitivo e afetivo, desencadeando sentimentos de desvalorização ou raiva. Se a avaliação do grupo em causa for depreciativa e daí decorrerem comportamentos hostis, então estaremos perante o terceiro aspeto da compreensão do estigma: a discriminação. Esta engloba os comportamentos decorrentes desta avaliação negativa, situando-se, portanto, ao nível comportamental (Corrigan et al., 2004).

A caracterização desenvolvida por Link & Phelan (2001) vai, também ela, de encontro à postulada por Corrigan et al. (2004). Link & Phelan (2001) salientam, ainda, que, decorrente do estigma, existe uma separação entre os indivíduos, tendo por base o grupo de indivíduos com atitudes estigmatizantes e o grupo de indivíduos estigmatizados. Os primeiros aplicam, neste caso, um “rótulo” depreciativo aos segundos. Desta divisão, decorre uma relação assimétrica, com desvantagem para os segundos e uma inerente perda de estatuto social.

No âmbito específico da doença mental, o estigma define-se como o conjunto dos estereótipos, preconceito e discriminação adotados, tanto a nível social como individual, com base na falta de entendimento e compreensão do que é a doença mental (Corrigan & Penn, 1999; Wahl, 2012; Corrigan & Kosyluk, 2013). Num determinado ambiente social com categorias previamente definidas – raça, nacionalidade, características físicas e psicológicas, entre outras –, a existência de alguém que apresenta alguma característica diferenciadora – como uma doença mental – pode originar uma categorização num sentido negativo ou depreciativo e daí decorrerem atitudes estigmatizantes (Goffman, 1963; Stier & Hinshaw, 2007; Thornicroft, Rose, & Kassam, 2007; Link & Phelan, 2001).

A proposta de Corrigan et al. (2004) permite perceber que a sociedade apresenta estereótipos que se coadunam com a convicção de essas pessoas poderem apresentar um elevado nível de

perigosidade, falta de previsibilidade no comportamento, falta de competência na autogestão da vida diária e “fraco caráter” (Corrigan et al., 2004; Corrigan & Watson, 2002). A nível do preconceito, estes indivíduos despertam sentimentos de receio, pena e/ou desprezo no conjunto da sociedade. No que diz respeito à discriminação, a literatura tem identificado uma série de atitudes e comportamentos negativos, nomeadamente comportamentos de evitamento, comportamentos violentos face a pessoas com doença mental, hesitação, por parte dos empregadores, na contratação de pessoas com doença mental para o desempenho de um trabalho específico, e / ou uma maior distância social estabelecida (Corrigan et al., 2004; Boyd, Katz, Link & Phelan, 2010; Bauer, Baggett, Stern, O’Connell & Shtasel, 2013). Por fim, segundo Link & Phelan (2001), verifica-se a existência de rotulagem quando um indivíduo com esquizofrenia é identificado como “esquizofrénico”, ou uma pessoa com perturbação bipolar é identificada como “bipolar” apenas. Gera-se, assim, uma separação entre as pessoas que têm a doença e as que não a têm: entre o “nós” e o “eles”.

Dentro das várias consequências negativas do estigma associado à doença mental, salientam-se o aumento das dificuldades de inclusão em sociedade, da recuperação e, ao nível psicológico, o consequente decréscimo na autoestima e autoeficácia das pessoas com doença mental (Corrigan, Larson & Rusch, 2009).

Este é um fenómeno detetável em vários contextos, incluindo junto de pessoas que têm experiência de doença mental e/ou respetivos cuidadores – familiares, profissionais de saúde, inclusive profissionais de saúde mental.

Para uma melhor compreensão deste fenómeno, feita esta breve apresentação do conceito de estigma, passaremos a descrever os seus diferentes tipos: público e privado.

### **1.3 Estigma Público**

Segundo Rüsch et al. (2005), o estigma público define-se como uma categorização e assunção de atitudes por parte da população em geral, relativamente a um grupo de pessoas. Embora a categorização em sociedade seja normativa, no caso do estigma público, esta ocorre num sentido depreciativo.

No âmbito da doença mental, Corrigan et al. (2004) definem o estigma público como “a reação que a população tem face às pessoas com doença mental, enquadrada no contexto social, económico e político em que determinada sociedade se insere”. Existem diversas formas pelas quais a sociedade evidencia a existência de estigma público e que originam um aumento do desejo de distância social face às pessoas com doença mental, ou seja, um menor desejo de estabelecer um contacto mais próximo com estas pessoas (Angermeyer, Matschinger, & Schomerus, 2012). Interfere quer na integração em sociedade, quer na qualidade do processo de tratamento das pessoas com

doença mental (Pinel & Bosson, 2013). Pode também ser compreendido com base nos estereótipos, preconceito e discriminação, já referidos anteriormente.

Uma forma de compreender como a sociedade estigmatiza é através dos termos que utiliza para designar as pessoas pertencentes a um determinado grupo. No caso das pessoas com doença mental, os nomes mais frequentemente utilizados são: “perturbado”, “louco”, “assustador”, “tolo”, “estranho”, “confuso”, entre outros (Rose, Thornicroft, Pinfold, & Kassam, 2007). Para além destes, a nomeação do indivíduo em função da doença mental que possui - “esquizofrénico”, em vez de pessoa com esquizofrenia – é evidenciadora de estigma público (Link & Phelan, 2001), na medida em que dá destaque à doença em detrimento do indivíduo que a possui.

Encontra-se também bem patente nas representações que os órgãos de comunicação social fazem das pessoas com doença mental, que noticiam a doença mental, descrevendo estes indivíduos como particularmente perigosos ou responsáveis por crimes violentos (Corrigan et al., 2004; Granello, Haag, Pamela, & Carmichael, 1999; Beldie et al., 2012; Whitley & Berry, 2013). Reflete-se, ainda, na elaboração das leis, que põem em causa a igualdade dos direitos e oportunidades das pessoas com doença mental. A título de exemplo, nos Estados Unidos da América, quando existe um divórcio conjugal e conseqüente atribuição de guarda parental, a lei parece restringir ou limitar a sua atribuição no caso de um dos progenitores ser uma pessoa com doença mental (Corrigan et al., 2004).

Na recente conjuntura mundial de crise económica, em que se verifica um aumento drástico da taxa de desemprego, as pessoas com doença mental apresentam também uma maior dificuldade em ser contratadas (Angermeyer et al., 2012).

Um outro aspeto frequentemente presente no estigma público é a “atitude paternalista” com que, por vezes, são tratadas as pessoas com doença mental. Isto traduz-se numa relação assimétrica e excessivamente protetora, sem razão válida para que tal aconteça (Ilic, Reinecke, Bohner, Röttgers, Beblo, Driessen, Frommberger & Corrigan, 2013).

Tudo o acima descrito se traduz num aumento da vulnerabilidade das pessoas com doença mental em sociedade, na medida em que a igualdade de oportunidades está posta em causa, devido ao estigma existente (Bauer et al., 2013). Por conseguinte, como consequência do estigma, muitas pessoas com doença mental não procuram terapia atempada ou, então, não a completam, o que pode comprometer seriamente o sucesso do tratamento (Corrigan, 2004; Rüsç et al., 2009).

O estigma público é interiorizado, quer pelas pessoas com doença mental, quer por familiares e até profissionais de saúde a trabalhar nesta área. Esta interiorização designa-se estigma privado, conceito que é desenvolvido a partir do estigma público (Vogel, Bitman, Hammer & Wade, 2013) e que irá ser descrito seguidamente.

## **1.4 Estigma Privado**

O estigma privado – ou autoestigma – define-se como “o efeito de pertencer a um grupo estigmatizado e internalizar as atitudes da sociedade” (Corrigan et al., 2004). A identificação com as crenças pode variar, dependendo da autoidentificação que o indivíduo faz com o grupo alvo de estigmatização e/ou da concordância que existe entre o estigma que a sociedade atribui a uma determinada característica e a percepção que o indivíduo tem da validade desse estigma (Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007). A esta interiorização de crenças negativas, associam-se sentimentos de culpa ou vergonha (Hassan & Shafi, 2012), que interferem também negativamente na sua qualidade de vida e no acesso a oportunidades proporcionadas no contexto social em que se encontram inseridos (Corrigan et al., 2004).

O estigma privado engloba o preconceito e a discriminação sentidos ou enfrentados em sociedade pela pessoa com doença mental (Wahl, 2012) e ocorre quando o indivíduo assume as crenças negativas da sociedade, interiorizando, entre outras, a convicção de que “eu sou fraco porque tenho uma doença mental” (Watson et al., 2007). Associa-se também a uma diminuição da capacidade ou vontade da pessoa com doença mental para procurar apoio especializado (Rüsch et al., 2009; Corrigan, 2004). Verifica-se, ainda, um decréscimo nos níveis de autoestima e autoconfiança (Or, Ohayona, Feingolda, Vahaba, Amiazb, Weiserb & Lysakerc, 2013), dando origem à existência de crenças de que pessoas com doença mental têm pouco sucesso, ou que apresentam recursos ou características mais limitados, comparativamente às pessoas que não têm doença mental (Park, Bennett, Couture, & Blanchard, 2013). Comprovadamente, o estigma privado está presente numa parte significativa das pessoas com doença mental, afetando significativamente - e de forma negativa - a sua qualidade de vida (West, Yanos, Smith, Roe, & Lysaker, 2011). Dado que os médicos são alguns dos profissionais com um contacto mais direto com pessoas com doença mental, torna-se importante perceber o tipo de atitudes que evidenciam face às mesmas, tema que será explorado de seguida.

## **1.5 Estigma na Medicina**

Os profissionais de saúde mental que mantêm um contacto profissional mais próximo com as pessoas com doença mental apresentam, tal como outros profissionais de saúde, atitudes estigmatizantes. Sendo os médicos os primeiros a contactar com a população com doença mental e respetivas famílias, é relevante perceber o tipo de atitudes que estes profissionais de saúde manifestam (Markström et al., 2009; Brunero et al., 2012). Estando os profissionais de saúde inseridos num

contexto social, apresentam, tal como a população em geral, atitudes estigmatizantes relativamente às pessoas com doença mental (Brunero et al., 2012).

Um estudo realizado no Brasil e na Suíça teve como objetivo a avaliação e comparação, entre estes países, de atitudes estigmatizantes de vários profissionais de saúde mental, de entre os quais médicos psiquiatras dos dois países. Estes profissionais foram divididos por duas amostras, uma referente ao Brasil e outra, à Suíça. Na Suíça, a amostra foi constituída por 383 profissionais de saúde mental e, no Brasil, por 1592 profissionais de saúde, na sua maioria médicos psiquiatras. Através de entrevistas telefónicas, foram apresentados três casos diferentes aos profissionais em causa. O primeiro relatava a situação de um indivíduo com depressão; o segundo, a de um indivíduo com esquizofrenia; o terceiro, o de uma pessoa sem um diagnóstico psiquiátrico associado. Seguidamente, os participantes, para além de uma ficha sociodemográfica, respondiam a uma série de questões que pretendiam avaliar dimensões como estereótipos, distância social e preconceito em relação à doença mental. Apesar de ambos os grupos terem revelado desejo de distância social face às pessoas com doença mental, os profissionais de saúde mental da Suíça apresentaram maiores níveis de desejo de distância social, nomeadamente face à esquizofrenia, do que os profissionais brasileiros (Hengartner, Loch, Lawson, Guarniero, Wang, Rössler, & Gattaz, 2012).

Um outro estudo, realizado na Suíça, teve como objetivo determinar e comparar as atitudes de duas amostras, relativamente à doença mental e, especificamente, à esquizofrenia e depressão: 1073 profissionais de saúde, entre os quais 518 psiquiatras, e 1737 pessoas do público em geral. Para esta avaliação, foi realizada num primeiro momento, com cada participante, uma entrevista – *Computer Assisted Telephone Interview* (CATI) (Lauber, Nordt, Sartorius, Falcató, & Rossler, 2000) – que contemplava aspetos mais gerais, como a profissão, local de trabalho, número de horas de trabalho semanal, entre outros. Para além disso, os participantes foram incentivados a responder a três questões, com o objetivo de perceber as suas opiniões acerca da doença mental: 1) “Deveria uma mulher que tivesse uma doença mental realizar um aborto, no caso de estar grávida?”; 2) “Votaria em alguém que soubesse ter uma doença mental”, e 3) “Acha que deve ser revogada a carta de condução a uma pessoa com doença mental grave?”. Por último, foram ainda apresentadas aos participantes, duas “vinhetas” abordando dois casos clínicos: um com diagnóstico de depressão e outro com diagnóstico de esquizofrenia. De seguida, foi pedido aos participantes que indicassem em qual dos dois casos descritos a pessoa sofreria de uma doença mental e se alguma delas reagiria de forma “normal” numa dada situação. Como principais resultados, salienta-se que os psiquiatras apresentaram, quer comparativamente a outros profissionais de saúde, quer ao público em geral, atitudes mais estigmatizantes (Nordt, Rossler & Lauber, 2006).

Um outro estudo, conduzido na Austrália, teve como objetivo avaliar e comparar atitudes face à doença mental. Para isso, a amostra foi composta por 2031 pessoas do público em geral, 872 profissionais de saúde, 1128 psiquiatras e 454 psicólogos clínicos. Esta avaliação partiu de uma exposição, aos participantes, de um caso clínico, que retratava uma pessoa com esquizofrenia e outra

pessoa com depressão. Contudo, estes diagnósticos não eram mencionados aos participantes. Como principais resultados, salienta-se que os psiquiatras, os profissionais de saúde e os psicólogos clínicos apresentaram atitudes mais estigmatizantes face à doença mental, comparativamente ao público em geral (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen & Henderson, 1999).

Assim sendo, verifica-se que alguns psiquiatras apresentam, da mesma forma que a população em geral, atitudes estigmatizantes face à doença mental (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross, & Rössler, 2004; Rowe, 2012), as quais interferem significativamente na elaboração de diagnósticos corretos e na qualidade dos cuidados prestados (Neauport et al., 2012). A literatura demonstra, ainda, que as atitudes dos psiquiatras variam em função da doença mental abordada. Vários estudos apontam para que as atitudes estigmatizantes sejam mais graves face à esquizofrenia do que a um diagnóstico de depressão (Jorm et al., 1999; Hugo, 2001). Um outro fator que contribui para a perpetuação do estigma é a utilização, por parte de psiquiatras, de diagnósticos de doença mental – diagnóstico de esquizofrenia, de perturbação depressiva, entre outras – assumindo-se estes termos como estigmatizantes para a pessoa com doença mental (Sartorius, 2007; Schulze, 2007). Será, então, necessário pensar-se em intervenções elaboradas especificamente para a redução do estigma e diminuição das repercussões do mesmo (Szeto, Luong, & Dobson, 2012; Brunero et al., 2012). O aumento da incidência da doença mental na população faz com que seja fundamental conhecer o tipo de preparação que os profissionais de saúde têm para lidar com este segmento e, por conseguinte, a implementação de programas que, para além de permitirem fazer o levantamento das necessidades ao nível da formação médica, também possam contribuir para suprimi-las (Brunero et al., 2012). Desta forma, o combate ao estigma nos profissionais de saúde trará, à pessoa com doença mental, uma melhoria nos cuidados médicos usufruídos, associada a uma menor internalização do estigma e, conseqüentemente, a um aumento da qualidade do tratamento que é proporcionado (Horsfall, Cleary, & Hunt, 2010).

É necessário atentar, para além de outros aspetos, na educação ao nível das atitudes de profissionais de saúde diretamente envolvidos com pessoas com doença mental. Algumas perspetivas mais tradicionais dos cuidados de saúde defendem que o conjunto de conhecimentos que os especialistas possuem não deverá ser partilhado com profissionais de outras áreas. Contudo, desde que transmitida de forma apropriada, a informação será uma mais-valia tanto para o entendimento da patologia como para o sucesso do tratamento. Desta forma, estar-se-á a potenciar um aumento do conhecimento da doença mental junto dos profissionais de saúde, o que trará uma redução do estigma relativamente à doença mental (Slade, Williams, Bird, Leamy & Boutillier, 2012).

No decorrer da formação de profissionais de saúde, é necessário sensibilizar para o problema do estigma associado à doença mental, no sentido de promover uma intervenção precoce na prevenção e redução das atitudes estigmatizantes evidenciadas (Lauber et al., 2004; Szeto et al., 2012), que contribua para uma maior compreensão da doença mental e para que a saúde física não seja negligenciada. Esta sensibilização para a compreensão do estigma por parte dos atuais estudantes

universitários – os futuros profissionais de Medicina – permitirá uma melhor preparação académica, bem como uma melhoria qualitativa dos cuidados que futuramente serão prestados às pessoas com doença mental (Lauber et al., 2004). Para um melhor entendimento do estigma existente nos estudantes de Medicina, esta temática será abordada seguidamente.

## 1.6 Estigma nos estudantes de Medicina

Vários estudos apontam para existirem, de facto, atitudes estigmatizantes em estudantes de Medicina face à doença mental (Korszun et al., 2012; Markström et al., 2009; Ogunsemi et al., 2008; Onesirosan, Omoaregba & Okogbenin, 2012; Economou et al., 2012).

Um estudo, realizado na Suécia, com uma amostra de 167 estudantes universitários em cursos ligados à área da saúde, entre os quais, 26 estudantes de Medicina, teve como objetivo examinar a existência de mudanças nas atitudes face à doença mental, depois de finalizada a componente teórica da formação académica e o estágio curricular. Para isso, foram utilizados três questionários: o *Level of Familiarity Questionnaire* (Corrigan et al., 2001), para avaliar a familiaridade com a doença mental; o *Attitudes to Persons with Mental Illness Questionnaire* (Crisp et al., 2000), para avaliação de opiniões e atitudes sobre sete doenças mentais específicas; e, por fim, o *Inventory of Fear and Behavioural Intentions Towards the Mentally Ill* (Wolff et al., 1996), para avaliação das atitudes e comportamentos face às pessoas com doença mental. Como resultado principal, salienta-se que, depois da realização do estágio curricular, as atitudes estigmatizantes decresciam em toda a amostra. Este resultado indica uma influência positiva do estágio curricular nas atitudes dos estudantes de Medicina face à doença mental (Markström et al., 2009).

Foi conduzido um outro estudo, com o objetivo de explorar as atitudes e crenças de estudantes de Medicina de uma universidade de Atenas face à esquizofrenia antes e depois de um estágio em psiquiatria. A amostra é constituída por um total de 155 alunos do 6.º ano de Medicina. Foi administrado um questionário sociodemográfico e o *Alberta Pilot Site Questionnaire Tool Kit* (Thompson, Stuart & Bland, 2002), instrumento utilizado para avaliar as atitudes e crenças face à esquizofrenia. Este questionário é composto por uma primeira parte, que examina as crenças e atitudes, no caso específico, face à esquizofrenia, e uma segunda parte, que aborda a distância social que é mantida face às pessoas com esquizofrenia. Como resultado principal, salienta-se o facto de os estudantes apresentarem atitudes ambivalentes relativamente à esquizofrenia. A maioria da amostra concordava que as pessoas com esquizofrenia não eram “preguiçosas”, “perigosas” ou irresponsáveis”, com uma inteligência inferior, incapazes de manter um emprego e que a esquizofrenia não é uma doença contagiosa ou resultado de pobreza. Uma grande parte dos estudantes que compunham a amostra deste estudo acreditava também que uma pessoa com esquizofrenia teria um comportamento

imprevisível e apresentaria dupla personalidade. Quando analisado o impacto do estágio em Psiquiatria nas atitudes dos estudantes, verificou-se que este não foi homogêneo na amostra em causa. Sendo certo que aquele estágio melhorou algumas crenças e atitudes em questões específicas, como, por exemplo, a existência de um número menor de estudantes a acreditar que a esquizofrenia se devia a questões genéticas ou que as pessoas com esquizofrenia sofriam de dupla personalidade, não é menos verdade que contribuiu para aumentar o estigma de forma geral. Passou a haver mais estudantes a acreditar que a pessoa com esquizofrenia não conseguiria ter um emprego estável ou que poderia ser perigosa para a sociedade. Depois do estágio em Psiquiatria, o desejo de distância social não sofreu alterações (Economou et al., 2012).

O tipo de atitudes de estudantes e recém-licenciados em Medicina face à doença mental e a existência de diferenças nas mesmas em função do contacto profissional ou do tipo de doença mental com que lidavam foram também objeto de um estudo por parte de Onesirosan, Omoaregba & Okogbenin (2012). A amostra era constituída por 205 estudantes de Medicina da Universidade de Igbinedion, Nigéria. Uma parte da amostra já teria completado o seu estágio em Psiquiatria, e 49 eram recém-licenciados. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico e o *Level of Contact Report* (Holmes, Corrigan, Williams, Conor, & Kubiak, 1999), que permite perceber até que ponto os indivíduos estão familiarizados com a doença mental. Foi também administrado o *Attitude to Mental Illness Questionnaire* (Crisp, Gelder, & Rix, 2000). A amostra lia a descrição de alguns casos e, seguidamente, respondia a perguntas sobre os mesmos. Neste instrumento, o primeiro caso apresentado continha uma história de abuso de canábis; o segundo caso, um diagnóstico de depressão; o terceiro caso relatava um indivíduo com historial de abuso de álcool; o quarto caso referia um indivíduo portador de VIH; o quinto caso consistia num indivíduo com diabetes; o sexto caso, o de um indivíduo com esquizofrenia; o sétimo era o de um indivíduo que participava ativamente na vida religiosa, estando presente em reuniões na sua organização religiosa. Os resultados obtidos revelaram que a amostra estudada apresentou atitudes mais estigmatizantes relativamente ao caso que envolvia um diagnóstico de esquizofrenia, comparativamente ao caso associado a um diagnóstico de depressão. Segundo os autores, uma das explicações para estas atitudes face ao diagnóstico de esquizofrenia é o facto de os *media* terem noticiado casos de homicídio associados a pessoas com este diagnóstico. Um dos dados mais significativos deste estudo foi o facto de os autores não terem encontrado uma relação significativa entre a existência de um conhecimento pessoal de pessoas com doença mental e atitudes mais positivas face à própria doença mental (Onesirosan et al., 2012).

No estudo de Korszun et al. (2012), foram analisadas as diferenças de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental comparativamente a algumas doenças físicas numa amostra de 760 estudantes do Reino Unido. Os investigadores procuraram ainda determinar se o ano curricular e o contacto profissional eram fatores suscetíveis de influenciar estas atitudes. Para esse efeito, foi utilizada a *Medical Condition Regard Scale* (Christison, Haviland & Riggs, 2002), para avaliação das atitudes perante pacientes que se encontravam em cinco condições clínicas: pneumonia, depressão,

sintomas psicóticos, utilização de drogas intravenosas e queixas abdominais inexplicáveis de longa data. Toda a amostra demonstrou ter atitudes menos estigmatizantes relativamente às condições clínicas de origem física (pneumonia, utilização de drogas e queixas abdominais) do que às condições clínicas como depressão. Apesar de o nível de estigma ser mais elevado relativamente à doença mental, os estudantes que afirmaram já ter tido conhecimento pessoal de casos de doença mental ou de pessoas com doença mental (os próprios ou contacto com amigos ou família) apresentaram atitudes menos estigmatizantes na sua prática clínica do que estudantes que nunca tinham tido este tipo de contacto. No que concerne ao ano curricular, os estudantes finalistas demonstraram ter atitudes mais estigmatizantes em comparação aos estudantes de anos inferiores.

Na Universidade de Camberra, Austrália, foi aprofundado o conhecimento do estigma existente em 182 estudantes de Medicina. Os dados foram recolhidos junto de 182 estudantes, através de um questionário disponibilizado *online*, o *Perceptions of Mental Illnesses Questionnaire* (Witteman & Hutschemaekers, 2011). Este questionário incluía uma ficha demográfica e itens para a medição da qualidade e quantidade de contacto com pessoas com doença mental, explicações para a doença e estigma. Para além de os participantes descreverem o tipo de contacto prévio que haviam tido com pessoas com doença mental, eram confrontados com possíveis causas para a mesma, organizadas em três grandes grupos: fatores biológicos, psicológicos e ambientais. O estigma foi avaliado com recurso a uma medida de desejo de distância social e à *Community of Attitudes towards the Mentally Ill* (Corrigan & Penn, 1999). Salienta-se que os futuros profissionais de saúde mental apresentavam níveis baixos de desejo de distância social; contudo, estavam menos predispostos a interagir com uma pessoa com doença mental. No que diz respeito à avaliação das possíveis causas para a doença mental, os participantes que acreditavam em causas biológicas e ambientais, também revelavam perceções mais negativas. A explicação psicológica parece ser a que apresenta perceções mais positivas sobre a doença mental. Por outro lado, a qualidade e quantidade de contacto com pessoas com doença mental afigura-se uma das medidas mais fiáveis para a avaliação do desejo de distância social. Desta forma, a promoção de contactos de qualidade e em quantidade traduz-se num menor desejo de distância social. A explicação das causas da doença mental tem, ainda, impacto positivo nas atitudes dos estudantes (Larkings & Brown, 2012).

As atitudes estigmatizantes face à doença mental já referidas em vários estudos tendiam a agudizar-se quando se estabelecia uma hipotética relação de proximidade entre os estudantes e a pessoa com doença mental – por exemplo, se um familiar se quisesse casar com uma pessoa com este diagnóstico ou eventualmente ser seu colega de trabalho (Ogunsemi, et al., 2008; Larkings & Brown, 2012; Neauport et al., 2012; Pantenburg et al., 2012). Apesar disso, os estudantes que possuíam familiares com historial de doença mental tendiam a ter atitudes menos estigmatizantes (Lyons, 2013).

Segundo vários estudos, independentemente do contacto profissional e/ou do conhecimento pessoal que os estudantes possam declarar ter, registam-se, de facto, atitudes estigmatizantes (Ogunsemi, et al., 2008; Korszun et al., 2012; Aggarwal, 2012). Contudo, estas parecem sofrer um

decréscimo depois de os indivíduos que integram as amostras terem realizado um estágio no âmbito da doença mental, com supervisão de profissionais experientes na área, o que se traduz num impacto positivo na diminuição das atitudes estigmatizantes (Markström et al., 2009; Lyons, 2013; Omori, Tateno, Ideno, Takahashi, Kawashima, Takemura & Okubo, 2012).

Quanto aos estudantes de anos mais avançados, e, portanto, mais perto de entrarem para o mercado de trabalho, estes apresentam atitudes mais estigmatizantes do que os estudantes de anos inferiores (Korszun et al., 2012). Relativamente à especialização em Psiquiatria durante a formação em Medicina, globalmente, as atitudes dos estudantes não são positivas. Apesar de a exposição à parte curricular de Psiquiatria decorrer numa fase precoce da formação em Medicina, a opção de realizar a especialização médica nesta área acarreta atitudes estigmatizantes. Estas atitudes devem-se essencialmente a aspetos inerentes ao fundamento científico, ao baixo prestígio percebido e às dificuldades de relação com o público--alvo da especialização. Por outro lado, as atitudes menos estigmatizantes em relação à especialização em Psiquiatria prendem--se, essencialmente, com fatores relacionados com o desafio intelectual inerente, a eficácia da Psiquiatria e o interesse pessoal (Lyons, 2013).

Relativamente à influência do género nas atitudes dos estudantes de Medicina, os estudos não são unânimes quanto ao respetivo impacto. Vários estudos (Markström et al., 2009; Ogunsemi et al., 2008; Onesirosan et al., 2012; Economou et al., 2012; Korszun et al., 2012) referem não terem sido encontradas diferenças significativas neste parâmetro. Contudo, as diferenças encontradas noutros estudos (Ionta & Scherman, 2007; Korszun et al., 2012; Economou et al., 2012; Lyons, 2013) vão no sentido de demonstrar que, entre os estudantes universitários, estudantes do sexo feminino parecem apresentar níveis de estigma relativamente à doença mental inferiores aos dos estudantes do sexo masculino.

De salientar, ainda, a relutância em procurar ajuda especializada por parte dos estudantes que sofrem, eles próprios, de uma doença mental, facto revelador, por sua vez, da existência de estigma (Talebi, Matheson & Anisman, 2013).

Demonstrada a existência de atitudes estigmatizantes quer nos médicos, quer nos estudantes de Medicina, de seguida serão exploradas algumas intervenções realizadas no âmbito do estigma.

## **1.7 Intervenção no estigma**

Segundo vários estudos, a redução do estigma significa também uma melhoria na qualidade da intervenção e dos tratamentos prestados às pessoas com doença mental, promovendo, simultaneamente, a sua inclusão em sociedade (Beldie, den Boer, Brain, Constant, Figueira, Filipicic, Gillain, Jakovljevic, Jarema, Jelenova, Karamustafalioglu, Plesnicar, Kovacsova, Latalova,

Marksteiner, Palha, Pecenak, Prasko, Prelipceanu, Ringen, Sartorius, Seifritz, Svestka, Tyszkowska & Wancata, 2012; Wahl, 2012). Paralelamente à constatação de atitudes de estigma tanto por parte da população em geral como dos profissionais de saúde, e dos estudantes em particular, temos vindo a assistir, nos últimos anos, ao desenvolvimento de um conjunto diversificado de iniciativas de combate ao estigma associado à doença mental. Segundo Corrigan & Kosyluk (2013), estas iniciativas agrupam-se em três categorias: protesto, educação e contacto, que serão seguidamente explicitadas.

As ações de protesto visam a consciencialização das diferentes formas de estigma e a punição das pessoas que têm atitudes estigmatizantes. Pode ser efetivado pela elaboração de leis que punam atitudes estigmatizantes, com prejuízo para quem as toma. Esta forma de punição altera positivamente, de forma comprovada, alguns dos comportamentos estigmatizantes (Corrigan & Kosyluk, 2013).

A educação passa, essencialmente, por abordagens que tentam alterar os estereótipos errados, aumentando o conhecimento. Sabendo que, muitas vezes, a origem do estigma se prende com a falta de conhecimento e compreensão, com as ações de educação pretende-se não só aumentar o conhecimento, como também substituir as crenças existentes. A título de exemplo, quando existe a crença de que uma pessoa com doença mental é especialmente violenta, a educação passa pela substituição desta crença negativa (Corrigan & Kosyluk, 2013; Michaels & Corrigan, 2012).

O contacto, uma das formas mais eficazes de diminuição do estigma face à doença mental, promove o contacto direto com pessoas do grupo estigmatizado – no caso, pessoas com doença mental. Permite, além disso, intervir junto de um público-alvo amplo, na medida em que a promoção do contacto pode passar pela realização de conferências ou pela criação de situações nas quais várias pessoas em simultâneo podem contactar com pessoas com doença mental. É também uma forma económica de redução do estigma. Um dado importante é que esta forma de redução do estigma produz resultados mais positivos do que os das iniciativas de protesto e de educação. Ao nível da intervenção junto dos estudantes de Medicina é, de facto, uma das formas de combate ao estigma mais utilizadas e das que produz resultados mais eficazes (Corrigan & Watson, 2002; Corbière, Samson, Villotti, & Pelletier, 2012; Corrigan, 2012; Corrigan & Penn, 1999; Corrigan & Kosyluk, 2013).

Foi conduzido um estudo em que participaram 216 estudantes de Enfermagem do *King's College*, Londres, que se encontravam na fase final da sua formação académica ou a fazer especialização em adultos, em crianças e em saúde mental. O objetivo consistia na comparação entre três tipos de intervenção para redução do estigma, respetivos custos e aceitação. Foram distribuídos aleatoriamente por três grupos, cada um dos quais sujeito a três tipos diferentes de intervenção: ao primeiro grupo, coube a visualização de um filme ilustrativo, no qual pessoas com doença mental e os respetivos cuidadores informais falavam das suas experiências; o segundo grupo assistiu a uma intervenção em que pessoas com doença mental e os respetivos cuidadores informais falavam das suas experiências ao vivo com os estudantes; o terceiro grupo assistiu a uma palestra. Foram também administradas quatro escalas: a *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale*, (MICA) (Kassam, Glozier, Leese, Henderson & Thornicroft, 2010), para avaliar as mudanças nas atitudes; a *Reported and*

*Intended Behaviour Scale* (RIBS) (Evans-Lacko, Rose, Little, Flach, Rhydderch & Henderson, 2011), para avaliação do desejo de distância social; a *Emotional Reactions to Mental Illness Scale* (ERMIS) (Angermeyer & Matschinger, 2003), para avaliar as reações emocionais, e a *Social Contact Intended Learning Outcomes* (SCILO) (Clement, Adrienne, Nieuwenhuizen, Kassam, Flach, Lazarus, Castro, McCrone, Norman & Thornicroft, 2012), para avaliação do conhecimento sobre doença mental imediatamente após a conclusão da intervenção e até quatro meses depois, a fim de fazer a comparação entre os três grupos de intervenção. Salienta-se o facto de não se terem verificado diferenças nos resultados da MICA, da RIBS e da ERMIS no grupo que assistiu ao filme ilustrativo e naquele cuja intervenção era efetuada ao vivo. Os estudantes do grupo do filme ilustrativo apresentavam resultados mais elevados na SCILO. O tipo de intervenção em que era mostrado um filme ilustrativo foi a que revelou maiores vantagens no que se refere à relação entre custos e resultados (Clement et al., 2012).

Contudo, vários estudos afirmam que estas estratégias não são suficientes para extinguir as atitudes estigmatizantes e advertem para a importância de se pensar em formas alternativas para a diminuição do estigma (Markström et al., 2009; Ogunsemi et al., 2008; Mino, Yasuda, Tsuda, & Shimodera, 2001; Omori et al., 2012; Mileva, Vázquez & Milev, 2013). As campanhas contra o estigma na doença mental são também efetuadas pela via dos órgãos de comunicação social, *Internet*, *outdoors*, entre outros, visando um público-alvo bastante amplo e diferenciado. Deverá ser realizada uma avaliação cuidada, tendo em conta dois tipos de efeito no público-alvo para se perceber exatamente até que ponto a mudança nas atitudes e comportamentos efetivamente ocorreu e para determinar se o orçamento gasto é, de facto, útil. Primeiro, a avaliação deverá ter como objetivo perceber até que ponto a ação conseguiu esclarecer, ensinar e/ou informar o público a que se destinava e também a medida em que o eventual aumento de conhecimentos serviu, de facto, para a mudança de atitudes. Segundo, o desenvolvimento destas campanhas deverá ter em conta a escolha do público-alvo a que se destinam. Desta forma, se as campanhas de redução do estigma forem elaboradas para um público-alvo com características específicas e homogéneas, tornam-se mais eficientes, o que, obviamente, irá traduzir-se num aumento da qualidade de vida das pessoas com doença mental (Corrigan, 2012).

Na sequência destes estudos, têm sido realizados esforços a nível europeu com vista à consolidação dos conhecimentos sobre o tipo de intervenção efetuada na Europa. Foram realizadas campanhas de combate ao estigma em 14 países: Áustria, Bélgica, Croácia, República Checa, Holanda, Noruega, Polónia, Portugal, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Suécia, Suíça e Turquia. A realização destas campanhas prende-se com o facto de ser unânime a perceção de que o estigma tem implicações muito negativas tanto nos indivíduos com doença mental como nas pessoas que os rodeiam, no tratamento que lhes é ministrado e no investimento feito nesta área. Os programas existentes eram maioritariamente centrados em regiões específicas de cada país, junto de um público-alvo delimitado – por exemplo, estudantes ou polícias –, financiados quer pelos Governos

quer por privados, e dirigidos a uma doença mental específica. Algumas campanhas tiveram uma duração inferior a 6 meses; contudo, a maioria teve uma duração superior a 24 meses. A difusão foi feita essencialmente através dos órgãos de comunicação social, de eventos que envolviam concertos, de festivais, entre outros. No caso específico de Portugal, a implementação de campanhas de combate ao estigma teve início apenas no ano de 2007. Estas centraram-se, sobretudo, no aumento dos conhecimentos da população em geral, com recursos à divulgação de filmes, *posters* e músicas relativas a temáticas como a prevalência e experiência de doença mental. Apesar da realização de diversas campanhas anti estigma, salienta-se a inexistência de cursos especificamente direcionados para profissionais de saúde e que visem a redução do estigma (Beldie et al., 2012).

Em suma, tem-se registado uma franca evolução no que se refere ao combate ao estigma. Para além da importância do envolvimento nestas campanhas das pessoas com doença mental e respetivos familiares, são necessários mais projetos – e mais inovadores – na luta contra esta problemática (Beldie et al., 2012), pois é possível uma mudança nas atitudes, se for desenvolvida uma intervenção específica (Aggarwal, 2012; Mino et al., 2001).

Seguidamente, serão exploradas intervenções especificamente desenvolvidas com vista à redução do estigma junto dos profissionais de saúde.

### **1.7.1 Intervenção no estigma em profissionais de saúde**

Demonstrada a existência de atitudes estigmatizantes por parte destes profissionais, serão explorados alguns estudos que visam compreender e reduzir o estigma junto dos profissionais de saúde em geral, e, mais especificamente, dos médicos.

A realização de intervenções no âmbito do estigma público – no caso, junto dos profissionais de saúde – produz também efeitos, de forma indireta, na diminuição do estigma privado, na medida em que esta forma de estigma decorre de um processo de internalização do estigma público (Vogel et al., 2013).

De seguida, serão explicitadas algumas intervenções realizadas no sentido da diminuição do estigma junto de profissionais de saúde.

O estudo de Brunero et al. (2012) faz uma análise de alguns programas de educação para a saúde mental destinados a aumentar o conhecimento e modificar atitudes de profissionais de saúde face à doença mental. Como linhas orientadoras para a realização e implementação destes programas, este estudo adverte para a necessidade de se atender aos contextos sociais, políticos e económicos em que os mesmos são conduzidos. Por exemplo, e ao nível do orçamento disponível para a implementação dos projetos, importa perceber o contexto económico do país em que a intervenção está a ser desenvolvida. A intervenção que, segundo estes autores, revela maior eficiência consiste na

realização de programas educacionais de curta duração, preferencialmente, dissociados do contexto universitário, e que incidam sobretudo no aumento dos conhecimentos acerca da doença e saúde mental.

Outro problema que se faz sentir neste domínio prende-se com a falta de profissionais de saúde que optem por seguir uma carreira relacionada com a área da doença mental. Aquando da elaboração destes programas, seria igualmente importante desenvolver um trabalho direto junto destes profissionais, com vista à determinação exata das razões da falta de interesse na prossecução desta via de especialização (Rossler, 2012; Brunero et al., 2012).

A construção de instrumentos que permitam avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a área da doença mental é fundamental para o sucesso destas intervenções. Assim, é importante que a implementação destes programas seja acompanhada de estudos sobre a real eficácia dos mesmos. Para além dos instrumentos de avaliação já existentes, é sugerida a construção de outros instrumentos que permitam obter uma compreensão mais aprofundada do estigma (Brunero et al., 2012).

O combate ao estigma junto dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos, trará à pessoa com doença mental um tipo de tratamento menos estigmatizante, associado a uma menor internalização do estigma e a um aumento da qualidade do tratamento que lhe é proporcionado (Horsfall et al., 2010; Corrigan, 2004; Rüsçh et al., 2009).

Apesar de os profissionais de saúde poderem corrigir a sua atitude na prática clínica, a mudança deverá começar no decurso da formação médica, ou seja, ainda na qualidade de estudantes universitários (Lauber et al., 2004). Neste sentido, serão abordados seguidamente alguns programas de intervenção realizados diretamente com estudantes de Medicina.

### **1.7.2 Intervenção no estigma em estudantes de Medicina**

O trabalho desenvolvido nesta área aponta para a necessidade de intervenção no âmbito do combate ao estigma relativamente a pessoas com doença mental, tanto junto dos estudantes como dos recém-licenciados em Medicina (Onesirosan et al., 2012; Magliano, et al., 2012).

Segundo Roberts & Bandstra (2012), o combate ao estigma deve abranger um conjunto vasto de públicos-alvo e recorrer a diferentes tipos de intervenção. Deve ser desenvolvido a vários níveis, desde os estudantes de anos iniciais da formação académica até aos estagiários (internos) de Medicina. Desta forma, a redução do estigma pode contribuir para o aumento da qualidade do tratamento das pessoas com doença mental. Uma outra linha orientadora para a intervenção passa pela constatação da existência de estigma relativamente à especialização em Psiquiatria. Neste combate ao estigma, é benéfico que os estudantes de Medicina disponham de oportunidades de contacto direto com pessoas

com doença mental em ambientes informais, visto que esta é a forma de redução do estigma que se revela mais eficaz. O contacto, sobretudo feito nestes moldes, tem como objetivo minimizar a tendência para encarar as pessoas com doença mental como estando, de alguma forma, numa condição inferior. Para este fim, poderão ser abordadas temáticas como a convicção de que as pessoas com doença mental são especialmente pessoas violentas e/ou a possibilidade de recuperação de um quadro de doença mental (Magliano, Read, Saggiocchi, Patalano, D'Ambrosio, & Oliviero, 2012).

A explicação das causas da doença mental tem, ainda, impacto positivo nas atitudes dos estudantes (Larkings & Brown, 2012). É igualmente sugerido que a intervenção passe por estratégias de comunicação, não só com as pessoas com doença mental, como também com os seus familiares (Roberts & Bandstra, 2012).

Por outro lado, a relutância que os estudantes de Medicina sentem em procurar ajuda quando eles próprios sofrem de uma doença mental constitui também um indicador de estigma. Uma possibilidade de intervenção neste âmbito consiste no recurso a um professor tutor que possa prestar apoio, tanto a nível mais académico como relativamente a questões ligadas à saúde mental. Assim, ao melhorar a saúde mental dos estudantes, estar-se-á também a melhorar o nível de estigma face à doença mental, o que se traduzirá num aumento da qualidade dos futuros profissionais e, conseqüentemente, dos cuidados de saúde que irão prestar no futuro (Cohen & Rhydderch, 2013).

Ao nível da intervenção, e no sentido da produção de uma melhoria nas atitudes em relação às pessoas com doença mental, é sugerido que, em ambiente de turma, se promovam debates acerca desta temática, que permitam aferir o conhecimento dos estudantes, corrigir conceitos menos corretos e, assim, minimizar o impacto negativo nas pessoas com doença mental (Aggarwal, 2012).

Enquadrado na campanha “*Time to change*” desenvolvida em Inglaterra com o objetivo de reduzir o estigma pela modificação de conhecimentos, atitudes e comportamentos (Smith, 2013; Evans-Lacko, Henderson & Thornicroft, 2013), foi posto em prática o projeto *Education Not Discrimination*. Este projeto foi desenvolvido em quatro faculdades de Medicina inglesas e teve como objetivo a redução do estigma junto de 1452 estudantes de Medicina. A intervenção passou pela promoção do contacto com pessoas com doença mental e psicoeducação. Seis meses decorridos desta intervenção, foi realizado um estudo de *follow-up*, com o objetivo de perceber se existiram, de facto, mudanças nas atitudes dos estudantes. Com este estudo, ficou comprovado que a intervenção produziu melhorias significativas nas atitudes e conhecimentos dos estudantes de Medicina, o que indicia uma redução dos níveis de estigma relativamente à doença mental (Friedrich, Evans-Lacko, London, Rhydderch, Henderson & Thornicroft, 2013).

## 1.8 Estigma no contexto português

Em contexto português, foram realizados apenas dois estudos especificamente junto de estudantes de Medicina.

O primeiro consistiu numa investigação com o objetivo de avaliar a perceção de 153 estudantes de Medicina do 6.º ano, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, antes e depois de um estágio curricular de 4 semanas em várias valências de um serviço de Psiquiatria (internamento; ambulatório; hospital de dia; Psiquiatria Infantil; Psiquiatria; reabilitação e emergência psiquiátrica). Foi, igualmente, avaliado o possível impacto do estigma sobre a decisão de seguir uma carreira relacionada com a especialização em Psiquiatria. Para esta avaliação, foi administrado um questionário de autorrelato (Balon, Franchini, Freeman, Hassenfeld, Keshavan, & Yoder, 1999), que avaliava as atitudes dos estudantes de Medicina relativamente à Psiquiatria nos seguintes domínios: 1) avaliação global da Psiquiatria; 2) eficácia, 3) definição de função e funcionamento dos psiquiatras, 3) possível abuso e estigma social, 4) carreira e motivação pessoal e 6) fatores escolares médicos específicos. Foi ainda administrado um pequeno questionário (5 itens) com o intuito de avaliar a intenção de seguir a especialização em Psiquiatria para uma futura carreira. Como resultado principal, salienta-se a eficácia positiva do estágio curricular, tanto relativamente à Psiquiatria, como na intenção de seguir uma carreira relacionada com esta área de especialização (Xavier & Almeida, 1999).

O segundo consistiu num estudo exploratório, antecessor relativamente à presente investigação, de avaliação da perceção de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental em contexto português, promovido pela ENCONTRAR+SE – Associação de Apoio às Pessoas com Perturbação Mental. Foi constituído por 41 estudantes universitários a frequentar o 4.º ano do curso de Medicina numa instituição na zona Norte de Portugal. Para esta avaliação, foi utilizada a escala *Mental Illness: Clinician's Attitudes* (MICA). Para além do estatuto de pioneiro em Portugal, este estudo permitiu detetar atitudes estigmatizantes nos estudantes de Medicina da amostra (Pinhal, 2010).

Por conseguinte, é importante chamar a atenção para a importância do aumento da investigação e intervenção neste âmbito.

## Capítulo II: Metodologia

### 2.1 Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo geral a avaliação de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental.

#### 2.1.1 Objetivos específicos

Decorrentes do objetivo geral supracitado, os objetivos específicos são:

Avaliar a presença de atitudes estigmatizantes face à doença mental numa amostra de estudantes de Medicina.

Avaliar a existência de diferenças de género nas atitudes dos estudantes de Medicina face à doença mental.

Avaliar se existem diferenças nas atitudes dos estudantes de Medicina quando há contacto profissional ou conhecimento pessoal, relativamente às pessoas com doença mental.

### 2.2 Questão de investigação

Neste estudo, será proposta a seguinte questão de investigação:

**Questão 1:** Como se caracterizam as atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental?

## 2.3 Hipóteses

Neste estudo, são propostas as seguintes hipóteses:

**H1:** Estudantes de Medicina do sexo feminino apresentam atitudes menos estigmatizantes face à doença mental do que estudantes de Medicina do sexo masculino.

**H2:** Existem atitudes menos estigmatizantes de estudantes de Medicina que conhecem pessoas com experiência de doença mental, comparativamente àqueles que apenas contactam profissionalmente com pessoas com doença mental.

## 2.4 Amostra

A amostra de conveniência foi constituída por um total de 86 estudantes de Medicina. Estes frequentavam sete faculdades de Medicina portuguesas, localizadas no grande Porto, Braga, Lisboa, Coimbra e Covilhã. Tinham idades compreendidas entre os 17 e os 26 anos e uma média de 21.17 anos ( $DP = 1.72$ ). Destes, 30.2% ( $N = 26$ ) eram do género masculino e 69.8% ( $N = 60$ ) eram do género feminino. Quanto à etnia, toda a amostra era caucasiana.

Relativamente ao ano de frequência, a média era o 3.º ano do curso de Medicina. A maioria da amostra frequentava o 1.º ano do curso (33.3%).

Quanto ao parâmetro conhecimento pessoal, 55 (64%) ( $M = 39.92$ ;  $DP = 6.77$ ) dos participantes afirmaram conhecer pessoalmente pessoas com doença mental. Por outro lado, 31 (36.4%) ( $M = 38.74$ ;  $DP = 6.44$ ) afirmaram não conhecer pessoalmente pessoas com doença mental.

No que concerne ao contacto profissional, 43 (50%) ( $M = 38.81$ ;  $DP = 6.93$ ) dos participantes da amostra afirmaram já ter contactado profissionalmente com pessoas com doença mental.

Por último, relativamente à área de especialização médica, 14 (16.7%) dos participantes pretendiam especializar-se em Cirurgia; 6 (7.1%), em Medicina Geral; 5 (6%), em Pediatria; 7 (8.3%), em Ginecologia/Obstetrícia; 4 (4.8%), em Psiquiatria; 2 (2.4%), em Medicina Familiar; 6 (7.1%), noutra área não referida acima e, por último, 40 (47.6%) não tinham, no momento do preenchimento, opinião acerca da área de especialização pretendida.

## 2.5 Instrumento

### 2.5.1 Questionário Sociodemográfico

Foi utilizado um questionário demográfico com o objetivo de caracterizar a amostra no que diz respeito à idade, género, conhecimento pessoal e contacto profissional com pessoas com doença mental, etnia, área de especialização médica e ano letivo.

### 2.5.2 *Mental Illness: Clinicians' Attitudes* (MICA)

A escala *Mental Illness: Clinicians' Attitudes* (MICA) (cf. Anexo 1) foi o instrumento utilizado na avaliação das atitudes dos estudantes de Medicina face à doença mental.

Segundo o estudo de Campos, Palha, Lima, Dias, Pinhal & Costa (2011), este instrumento apresenta validade e fiabilidade na avaliação das atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental (Cronbach's  $\alpha = .60$ ; Spearman's  $r = .53$ ).

Esta escala de autopreenchimento é constituída por 16 itens cujo objetivo é o de avaliar as atitudes dos estudantes de Medicina face à doença mental, num formato de resposta de tipo *Likert*. Estas possibilidades de resposta variam de 1 a 6, sendo que o 1 se apresenta como “concordo totalmente” e o 6 como “discordo totalmente” (1: “concordo totalmente”; 2: “concordo”; 3: “concordo pouco”; 4: “discordo pouco”; 5: “discordo”; 6: “discordo totalmente”).

Os itens 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 e 15 da escala MICA são formulados em sentido inverso, devendo as suas cotações ser invertidas antes da análise dos dados.

Relativamente à cotação da MICA, uma pontuação mais baixa indicia a existência de atitudes menos estigmatizantes. Por outro lado, uma pontuação mais elevada nesta escala é indicadora de atitudes mais estigmatizantes face à doença mental.

## 2.6 Procedimento

### 2.6.1 Procedimento de recolha de dados

Num primeiro momento, foram estabelecidos contactos telefónicos com os responsáveis de associações de estudantes de sete faculdades de Medicina portuguesas. O objetivo foi o de apresentar brevemente o estudo e avaliar o interesse e disponibilidade das mesmas em colaborar no projeto de validação da MICA.

Nas faculdades que aceitaram participar, o estudo foi divulgado através dos diferentes meios de comunicação com os alunos (*newsletter, Website, Facebook*). Esta ação incluía o texto a divulgar junto dos alunos de Medicina, o qual fazia uma breve alusão aos objetivos do projeto, à confidencialidade dos resultados, bem como a uma explicação dos procedimentos para preenchimento do questionário. Juntamente com esta informação, foi enviado o *link* direto para o acesso à versão *online* da escala MICA.

O processo de recolha de dados decorreu durante 1 mês, entre os dias 15 de Março e 15 de Abril de 2012.

### 2.6.2 Procedimento de tratamento de dados

O tratamento de dados foi realizado com recurso ao programa informático *IBM SPSS Statistics 20.0*.

Inicialmente, foi efetuado o cálculo dos valores dos itens invertidos da escala MICA.

Para avaliação das atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental, foi utilizada estatística descritiva.

As diferenças de género foram avaliadas com recurso a estatística descritiva, ao teste *t* para amostras independentes, no que diz respeito ao *score* global da escala MICA; e ao teste de *Mann-Whitney*, no que concerne à pontuação de cada um dos itens da escala.

Para avaliação de diferenças entre os grupos de estudantes que afirmaram possuir conhecimento pessoal e os que declararam ter tido apenas contacto profissional com pessoas com doença mental, foi utilizada estatística descritiva, o teste *t* para amostras independentes, o teste de *Mann-Whitney* e a ANOVA.

## Capítulo III: Apresentação dos resultados

Neste capítulo, serão apresentados os resultados mais relevantes obtidos no âmbito do corrente estudo. Esta apresentação será dividida da seguinte forma: 3.1) avaliação de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental; 3.2) avaliação de diferenças de género nas atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental e (3.3) diferenças nas atitudes entre estudantes com conhecimento pessoal e estudantes com contacto profissional com pessoas com doença mental.

### 3.1 Avaliação de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental

Para a avaliação de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental, a amostra considerada será a da primeira fase da recolha de dados com um  $N = 86$ .

Numa análise descritiva, a média do resultado global da escala MICA é de 39.09 ( $DP = 6.62$ ), sendo o resultado máximo de 58, e o mínimo, de 24.

Na análise por item, verificou-se que os valores mais elevados nas médias das respostas – e que, portanto, significam atitudes mais estigmatizantes – se encontram nos itens 1 “Aprendo Psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.” ( $M = 4.83$ ;  $DP = 1.39$ ), 6 “Os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental).” ( $M = 3.19$ ;  $DP = 1.37$ ), 7 “Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum dos meus colegas, porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.” ( $M = 3.30$ ;  $DP = 1.22$ ) e 10 “Sinto-me igualmente confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.” ( $M = 3.14$ ;  $DP = 1.229$ ).

Por outro lado, os valores mais baixos, os quais significam atitudes menos estigmatizantes, foram os obtidos nos itens 8 “Ser psiquiatra não é o mesmo que ser um verdadeiro médico.” ( $M = 1.43$ ;  $DP = .83$ ), 9 “Se um psiquiatra meu superior me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu não seguiria as suas indicações.” ( $M = 1.55$ ;  $DP = .86$ ), 11 “É importante que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com doença mental avalie a saúde física dessa pessoa.” ( $M = 1.52$ ;  $DP = .76$ ) e 16 “Se algum(a) do(a)s meus/minhas colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele(a).” ( $M = 1.62$ ;  $DP = .67$ ).

Na tabela 1, apresenta-se uma análise descritiva dos valores obtidos relativamente a cada um dos itens da escala MICA.

**Tabela 1**

*Análise descritiva, por item, das atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental.*

Item	N	M	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
1. Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.	86	4.83	1.39	5	1	6
2. As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.	86	2.19	1.07	2	1	5
3. A psiquiatria é tão científica quanto outras áreas da Medicina.	86	2.29	1.19	2	1	6
4. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o admitiria a nenhum dos meus amigos, porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.	86	2.85	1.16	3	1	5
5. As pessoas com doença mental grave são, a maior parte das vezes, perigosas.	86	2.22	.91	2	1	5
6. Os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental).	86	3.19	1.37	3	1	6
7. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum(a) do(a)s meus/minhas colegas porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.	86	3.30	1.22	3	1	6
8. Ser psiquiatra não é o mesmo que ser um verdadeiro médico.	86	1.43	.83	1	1	6
9. Se um psiquiatra meu superior me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu não seguiria as suas indicações.	86	1.55	.86	1	1	6
10. Sinto-me igualmente confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.	86	3.14	1.23	3	1	6
11. É importante que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com doença mental avalie a saúde física dessa pessoa.	86	1.52	.76	1	1	6
12. As pessoas em geral não precisam de ser protegidas das pessoas com doença mental grave.	86	2.56	1.11	2	1	6
13. Se uma pessoa com doença mental se queixar de um sintoma físico como uma dor no peito, eu vou atribuir esse sintoma à sua doença mental.	86	1.94	.82	2	1	5
14. Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos, uma vez que estas podem ser encaminhadas a um(a) psiquiatra.	86	2.70	1.56	2	1	6
15. Utilizaria o termo 'louco', 'maluco', 'doido' etc. para descrever, aos meus colegas, pessoas com doença mental que tenha visto na enfermaria.	86	1.78	1.12	1	1	5
16. Se algum(a) do(a)s meus/minhas colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele(a).	86	1.62	.67	2	1	4

### 3.2 Avaliação de diferenças de gênero nas atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental

Para avaliação de existência de diferenças de gênero nas atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental, foram utilizados, em complemento à análise descritiva, o teste *t* para amostras independentes e o teste de *Mann-Whitney*.

Os estudantes do gênero masculino obtiveram uma média do resultado global da escala MICA de 40.46 (*DP* = 6.66). Este foi maior comparativamente à média do resultado global da escala MICA obtido por estudantes do gênero feminino, cujo valor foi de 38.50 (*DP* = 6.57). Mais uma vez, nos valores dos resultados globais, verificou-se uma grande discrepância ao nível dos valores mínimos e máximos. Para o gênero masculino, a variação do resultado global situou-se entre 29 de valor mínimo e 58, de máximo. Para o gênero feminino, o resultado global variou entre 24 e 54 de resultado mínimo e máximo, respetivamente.

Contudo, as diferenças não se verificaram significativas nos resultados globais dos gêneros feminino e masculino ( $t = 1.27$ ;  $p = .83$ ).

Verificou-se que existe alguma disparidade entre os dois gêneros nas respostas ao item 1 (“Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.”). Nesta, a média para o gênero masculino é de 4.62 (*DP* = 1.47) e, para o gênero feminino, de 2.00 (*DP* = 1.29). No entanto, neste item, as diferenças não são significativas ( $U = 677.50$ ;  $p = .31$ ) (cf. Tabela 2).

#### Tabela 2

*Análise do item 1.*

Item	Gênero				<i>U</i>	<i>p</i>
	Masculino		Feminino			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
1. Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.	4.62	1.47	2.00	1.29	677.50	.31

No item 14 (“Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas a um(a) psiquiatra”), verificaram-se diferenças significativas entre os gêneros masculino e feminino ( $U = 509.50$ ;  $p = .01$ ). Por conseguinte, neste item, estudantes do gênero feminino ( $M = 2.41$ ;  $DP = 1.44$ ) apresentam atitudes menos estigmatizantes do que as dos estudantes do gênero masculino ( $M = 3.46$ ;  $DP = 1.82$ ) (cf. Tabela 3).

**Tabela 3***Análise do item 14.*

Item	Género				U	p
	Masculino		Feminino			
	M	DP	M	DP		
14. Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas a um(a) psiquiatra.	3.46	1.82	2.41	1.44	509.50	.01

No anexo 2, será apresentada uma análise, por item, dos resultados obtidos na escala MICA, pelos géneros masculino e feminino.

### 3.3 Avaliação de diferenças nas atitudes entre estudantes com conhecimento pessoal e estudantes com contacto profissional com pessoas com doença mental

Para avaliação da existência de diferenças nas atitudes entre estudantes com conhecimento pessoal e estudantes com contacto profissional com pessoas com doença mental, foram utilizados, para além da estatística descritiva, o teste *t*, o teste de *Mann-Whitney* e a ANOVA.

Na tabela 4, apresentam-se os resultados relativos ao resultado global da escala MICA comparando os resultados ao nível da existência de contacto profissional e conhecimento pessoal com pessoas com doença mental. Com base nas comparações efetuadas, não se verificam diferenças significativas quer no que diz respeito ao contacto profissional ( $t = .39$ ;  $p = .37$ ), quer no que concerne ao conhecimento pessoal ( $t = .37$ ;  $p = .73$ ) com pessoas com doença mental (cf. tabela 4).

**Tabela 4***Análise de diferenças nas atitudes entre estudantes com conhecimento pessoal e estudantes com contacto profissional com pessoas com doença mental.*

Contacto									Conhecimento									
Sim			Não						T	p	Sim			Não				
N	M	DP	N	M	DP	T	p	N			M	DP	N	M	DP	t	p	
43	38.81	6.93	43	39.37	6.37	.39	.37	55	39.92	6.77	31	38.74	6.44	.37	.73			

Na análise por item, também não se encontraram diferenças significativas entre os estudantes que declararam conhecer pessoalmente e os que declararam ter contactado apenas profissionalmente com pessoas com doença mental, em praticamente todas os itens analisadas (cf. Anexo 2). No entanto, no item 2 (“As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma

boa qualidade de vida.”), as diferenças para os estudantes relativamente ao contacto profissional verificam-se marginalmente significativas <sup>1</sup> ( $U = 718.50$ ;  $p = .06$ ) (cf. tabela 5). No item 8 (“Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum(a) do(a)s meus/minhas colegas porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente”), as diferenças encontradas quanto ao conhecimento pessoal ( $U = 689.50$ ;  $p = .07$ ) também se revelaram marginalmente significativas <sup>1</sup> (cf. tabela 5).

**Tabela 5**

*Análise de atitudes de conhecimento e contacto de pessoas com doença mental, por item.*

Item	Contacto		Conhecimento	
	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
1. Aprendo Psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.	786.00	.21	816.00	.73
2. As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.	718.50	.06	814.50	.72
3. A Psiquiatria é tão científica quanto outras áreas da Medicina.	880.00	.69	775.00	.46
4. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o admitiria a nenhum(a) do(a)s meus/minhas amigo(a)s porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.	898.00	.81	748.00	.33
5. As pessoas com doença mental grave são, a maior parte das vezes, perigosas.	808.00	.27	802.00	.62
6. Os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental).	773.50	.18	811.00	.70
7. Se um psiquiatra meu superior me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu não seguiria as suas indicações.	905.50	.87	846.00	.95
8. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum dos meus colegas porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.	911.00	.89	689.50	.07
9. Ser psiquiatra não é o mesmo que ser um verdadeiro médico.	872.50	.61	814.50	.69
10. Sinto-me igualmente confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.	891.50	.77	840.50	.91
11. É importante que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com doença mental avalie a saúde física dessa pessoa.	912.00	.91	722.50	.18
12. As pessoas em geral não precisam de ser protegidas das pessoas com doença mental grave.	891.00	.76	750.00	.33
13. Se uma pessoa com doença mental se queixar de um sintoma físico como uma dor no peito, eu vou atribuir esse sintoma à sua doença mental.	829.50	.36	745.00	.29
14. Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas a um(a) psiquiatra.	914.50	.93	816.00	.73
15. Utilizaria o termo ‘louco’, ‘maluco’, ‘doido’ etc. para descrever, aos meus colegas, pessoas com doença mental que tenha visto na enfermaria.	781.50	.17	821.50	.76
16. Se algum(a) do (a)s meus/minhas colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele (a).	791.00	.20	795.00	.56

<sup>1</sup> Designação de resultados “marginalmente significativos” segundo Martins (2011).

Por fim, a Tabela 6 apresenta os resultados da ANOVA relativamente ao impacto do conhecimento pessoal nas atitudes estigmatizantes, não se tendo verificado diferenças significativas entre os quatro grupos ( $F(3) = 1.91$ ;  $p = .134$ ).

**Tabela 6**

*Impacto do conhecimento pessoal nas atitudes estigmatizantes.*

	N	M	DP	F (3)	p
Sem contacto, nem conhecimento	19	37.26	5.93	1.91	.13
Contacto	12	41.08	6.78		
Conhecimento	24	41.04	6.32		
Contacto e conhecimento	31	37.94	6.90		

## **Capítulo IV: Discussão dos resultados**

Neste capítulo, serão apresentadas as conclusões mais relevantes do presente estudo, cujo principal objetivo consiste numa avaliação de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental com base numa amostra de sete faculdades de Medicina portuguesas. Foram ainda avaliadas a existência de diferenças de género e o impacto do contacto profissional e do conhecimento pessoal nas atitudes dos estudantes de Medicina.

Começa por uma síntese dos principais resultados obtidos face à questão de investigação e hipóteses formuladas (cf. Metodologia), dividida da seguinte forma: 1) avaliação de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental; 2) avaliação de diferenças de género nas atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental; e 3) avaliação de diferenças nas atitudes entre conhecimento e contacto com pessoas com doença mental.

É importante salientar que os resultados obtidos e apresentados no presente estudo têm por base uma amostra reduzida face ao número total de estudantes de Medicina, cerca de 9000 no contexto português (Associação Nacional de Estudantes de Medicina, 2013). Este facto limita a generalização dos resultados obtidos, pois a amostra é significativamente mais pequena do que o número total de estudantes.

---

## Avaliação de atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental

---

A avaliação das atitudes de estudantes de Medicina face à doença mental foi o objetivo geral do presente estudo.

A média do resultado global da escala MICA sugere que os estudantes de Medicina, em termos globais, apresentam atitudes tendencialmente estigmatizantes face à doença mental, parecendo, por conseguinte remeter para a questão de investigação elaborada. São igualmente consistentes com os resultados encontrados em diversos estudos (Korszun et al., 2012; Markström et al., 2009; Ogunsemi et al., 2008; Onesirosan et al., 2012; Economou et al., 2012; Larkings & Brown, 2012), os quais concluem unanimemente pela existência, de facto, de atitudes estigmatizantes por parte dos estudantes de Medicina. As conclusões patentes nestes estudos são apoiadas pelos resultados obtidos a partir de um conjunto diversificado de instrumentos. A multiplicidade de contextos em que estes estudos foram realizados contribui para a perceção clara de que o estigma constitui uma problemática generalizada neste âmbito.

O presente estudo apresenta uma análise descritiva por item. Procura-se, assim, determinar as áreas em que os estudantes pareciam apresentar atitudes mais estigmatizantes. Os valores mais elevados – e que, mediante a pontuação da escala MICA, indiciam atitudes mais estigmatizantes – foram obtidos nas respostas ao item 1 “Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.”; ao item 6 “Os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental).”; ao item 7 “Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum(a) do(a)s meus/minhas colegas porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.” e ao item 10 “Sinto-me igualmente confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.”

Todos estes itens parecem indicar a existência de estigma público, conceito que, como vimos, se reporta às atitudes de tipo discriminatório adotadas pela sociedade relativamente a pessoas com doença mental (Corrigan & Watson, 2002), pelo que se torna importante olhar mais demoradamente para as áreas abrangidas pelos itens referidos.

Quanto ao aprofundamento de conhecimentos no domínio da Psiquiatria (item 1), uma das ferramentas mais eficazes de modificação de atitudes estigmatizantes é o aumento do conhecimento da doença mental (Larkings & Brown, 2012); contudo, parece não haver uma correlação direta entre a intensificação do conhecimento neste domínio e a diminuição das atitudes estigmatizantes. Neste aspeto particular, o estigma público pode ter influenciado as atitudes, na medida em que, estando os estudantes de Medicina naturalmente inseridos num contexto social, o estigma manifesta-se não só relativamente à doença mental, mas também relativamente à especialização em Psiquiatria.

Estes resultados parecem ir ao encontro dos propostos na investigação realizada por Lyons (2013). Segundo este autor, as atitudes estigmatizantes relativamente à Psiquiatria devem-se, essencialmente, a aspetos inerentes ao fundamento científico, à perceção da Psiquiatria como gozando de baixo prestígio e à dificuldade no estabelecimento de uma relação profissional com as pessoas com doença mental. Neste sentido, são propostas algumas estratégias de intervenção tendentes à diminuição do estigma detetado, que poderão também ser aplicadas em contexto português. Para isso, é importante proceder-se a uma análise dos conteúdos programáticos do curso de Medicina e que permita determinar a estratégia mais eficaz a adotar para o ensino da Psiquiatria, de forma a tornar esta área de especialização médica mais atrativa para os estudantes. É importante que esta análise seja realizada ainda antes da especialização em Psiquiatria, para que se possa desde logo agir no sentido de se diminuírem as atitudes estigmatizantes. O estabelecimento de um bom relacionamento interpares entre os alunos e professores que lecionam as unidades curriculares relacionadas com a Psiquiatria é um fator que se mostra decisivo no sucesso da diminuição do estigma, bem como a promoção de experiências diretas com esta área, fora da componente letiva. A título de exemplo, a realização de estágios de verão que incluam a promoção de contacto direto com a área da doença mental parece ter também influência no decréscimo do estigma. Um outro aspeto importante é a promoção de debates, em contexto de sala de aula, que abordem diretamente a questão do estigma face à doença mental. Ainda na parte curricular da formação médica, poderão ser desenvolvidas iniciativas como, por exemplo, visitas de estudo que promovam o contacto com pessoas com doença mental (Lyons, 2013).

Os resultados elevados obtidos no parâmetro relativo ao facto de o psiquiatra possuir um conhecimento mais aprofundado sobre a vida das pessoas com doença mental do que o(s) cuidador(es) (item 6) podem ficar a dever-se igualmente a crenças que os estudantes têm acerca do tipo de trabalho desenvolvido pelos psiquiatras, crenças que evidenciam baixos níveis de conhecimento nesta matéria. Por conseguinte, a falta de compreensão revelada face à doença mental poderá levar, também, a que um estudante de Medicina forme a convicção de que será mais difícil manter um diálogo com uma pessoa com doença mental do que com uma pessoa com doença física (item 10), o que poderá dificultar a deteção de alguma sintomatologia existente.

Os resultados relativos ao item 7 – referente à relação laboral com pessoas com doença mental – parecem ser, também eles, em grande medida, reflexo de estigma público. O facto de os estudantes terem alguma relutância em admitir perante um(a) colega terem uma doença mental é revelador da dificuldade que existe no estabelecimento de um diálogo sobre esta problemática. Esta hesitação poderá relacionar-se com o receio de discriminação e, conseqüentemente, das atitudes negativas que daí decorrem, como, por exemplo, o aumento do desejo de distância social (Corrigan et al., 2004; Boyd et al., 2010), traduzindo-se, por hipótese, numa não-aceitação e dificuldades de integração no grupo de pares.

Comparativamente, obtêm-se valores mais baixos – indiciadores, portanto, de atitudes menos estigmatizantes – nos itens 8 “Ser psiquiatra não é o mesmo que ser um verdadeiro médico.”; 9 “Se

um psiquiatra meu superior me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu não seguiria as suas indicações.”; 11 “É importante que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com doença mental avalie a saúde física dessa pessoa.”, e 16 “Se algum(a) do(a)s meus/minhas colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele(a)”. Sendo os aspetos em que os estudantes de Medicina apresentam atitudes menos estigmatizantes, será pertinente explorá-los para a compreensão da relação destes aspetos com as áreas em que evidenciam atitudes mais estigmatizantes e em que medida os primeiros poderiam exercer uma influência positiva na diminuição do estigma.

Relativamente ao item 8, que coloca a hipótese de um psiquiatra não ser um verdadeiro médico, os baixos níveis de estigma poderão constituir um bom indício para uma eventual redução do estigma relativo à especialização em Psiquiatria, na medida em que os estudantes parecem, ao nível do prestígio, não apresentar atitudes estigmatizantes. Segundo Lyons (2013), esta é uma forma possível de redução do estigma, hipótese a explorar em possíveis trabalhos futuros.

Os itens 9, 11 e 16 – que abordam, respetivamente, a forma de tratamento das pessoas com doença mental por instrução de um superior, a avaliação da saúde física da pessoa com doença mental e a relação interpares no local de trabalho com uma pessoa com doença mental – parecem também constituir um bom indício para a promoção de atitudes menos estigmatizantes. Assim, sabendo que tanto a supervisão por parte de um profissional experiente como a realização de um estágio neste âmbito parecem ser bons preditores para a redução do nível de estigma das atitudes dos futuros profissionais de saúde (Markström et al., 2009; Lyons, 2013; Omori et al., 2012), os resultados poderão ter sido positivamente influenciados por estas circunstâncias.

---

Avaliação de diferenças de género nas atitudes de estudantes de Medicina face à doença  
mental

---

Os resultados globais obtidos no âmbito do presente estudo revelam que os estudantes do sexo masculino parecem ter obtido resultados mais elevados do que estudantes do sexo feminino. Contudo, estas diferenças não são significativas, o que parece não ir de encontro à hipótese de investigação formulada previamente.

Estes resultados são, em parte, consistentes com os que foram obtidos em alguns estudos que referiam não terem sido detetadas diferenças significativas entre os dois géneros no tocante à análise do estigma face à doença mental (Markström et al., 2009; Ogunsemi et al., 2008; Onesirosan et al., 2012; Economou et al., 2012).

Os resultados do presente estudo podem ter sido condicionados pela circunstância de a amostra ser constituída por um número desigual de estudantes do género masculino e do género feminino. Em concomitância, o tamanho reduzido da amostra poderá ter tido influência na expressão dos mesmos.

A análise dos resultados não revela diferenças significativas nas atitudes estigmatizantes entre géneros, à exceção de um dos itens da escala MICA, o item 14 (“Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos, uma vez que estas podem ser encaminhadas a um(a) psiquiatra”), que aborda a avaliação de sintomas psiquiátricos por clínicos de Medicina Geral e Familiar. Os estudantes do sexo masculino apresentam valores mais elevados nas respostas do que os estudantes do sexo feminino, o que parece traduzir-se em atitudes mais estigmatizantes por parte dos primeiros, havendo uma diferença significativa relativamente aos segundos.

Na literatura, as diferenças encontradas ao nível do género vão no sentido de demonstrar que, entre os estudantes universitários, os estudantes do sexo feminino apresentam uma melhor aceitação da doença mental do que os estudantes do sexo masculino (Ionta & Scherman, 2007; Korszun et al., 2012; Economou et al., 2012). Pelo facto de existir uma maior incidência de doença mental no género feminino (Wittchen et al., 2011), e, portanto, um contacto mais próximo e um maior conhecimento quer da sintomatologia quer dos comportamentos que a doença mental pode originar, os estudantes do género feminino poderão manifestar uma maior compreensão quer das causas quer dos próprios sintomas, traduzindo-se em atitudes menos estigmatizantes do que as evidenciadas pelos estudantes do género masculino.

Além disso, e segundo Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry (2006), o género masculino tem maior dificuldade em reconhecer a sintomatologia associada à doença mental e utiliza mais frequentemente estratégias de *coping* disfuncionais – como o abuso do álcool – do que o género

feminino. Esta dificuldade poderá também originar atitudes mais estigmatizantes, pelo menor conhecimento da sintomatologia associada à doença mental evidenciado pelo género masculino.

---

Avaliação de diferenças nas atitudes entre conhecimento e contacto com pessoas com  
doença mental

---

A análise comparativa das atitudes de estudantes de Medicina que conhecem pessoas com doença mental e as daqueles que apenas contactam profissionalmente com pessoas com doença mental revelou que, em termos globais, não existiam diferenças significativas, o que parece não ir de encontro à questão de investigação inicialmente formulada.

Vários estudos demonstram que, tendencialmente, os estudantes que conhecem pessoalmente pessoas com doença mental adotam, normalmente, atitudes menos estigmatizantes relativamente à doença mental do que os estudantes que mantêm apenas contacto profissional (Markström et al., 2009; Korszun et al., 2012). No contexto europeu, atualmente 38.2% dos indivíduos sofrem de algum tipo de doença mental. Tem vindo, então, a assistir-se a um aumento exponencial da mesma, pois se atentarmos na prevalência da doença mental no ano de 2005, o número de indivíduos era de 27,4% (Wittchen et. al, 2011). Face a este aumento, os profissionais de saúde lidam forçosamente com um maior número de casos de indivíduos com doença mental. Na esfera pessoal, estes números podem traduzir-se num alargamento do conhecimento pessoal de pessoas com doença mental. Assim, a ausência de diferenças significativas entre os grupos “contacto” e “conhecimento” poderá ser explicada pelo acréscimo da incidência da doença mental, traduzido num aumento correspondente dos casos de conhecimento pessoal e contacto profissional, daí decorrendo atitudes globalmente menos estigmatizantes.

A análise por item não revelou diferenças significativas, exceto em duas das afirmações da escala MICA. Assim, foram descritas diferenças marginalmente significativas nas afirmações 2 “As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.” e 8 “Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum(a) do(a)s meus/minhas colegas porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.” da escala MICA.

No item 2, relativo à recuperação na doença mental, as atitudes mais estigmatizantes neste domínio parecem manifestar-se quando os estudantes possuem apenas contacto profissional com pessoas com doença mental. Estes dados estão em linha com os de outros estudos que demonstram a existência de atitudes mais estigmatizantes quando existe apenas contacto profissional com pessoas com doença mental (Korszun et al., 2012). Segundo Economou et al. (2012), o estigma parece aumentar, de forma geral, depois de os estudantes de Medicina terem um contacto profissional com pessoas com doença mental. O nível de estigma também apresentou variações relativamente a questões específicas, passando a haver mais estudantes a acreditar que a pessoa com esquizofrenia não conseguiria ter um emprego estável ou que poderia ser perigosa para a sociedade. Este aumento poderá também ter-se traduzido num acréscimo do nível de estigma relativamente à recuperação na doença

mental, na medida em que os estudantes de Medicina poderão ter uma percepção da pessoa com doença mental como tendo uma maior incapacidade e isso refletir-se na sua recuperação. Contudo, e segundo vários estudos, a supervisão de profissionais experientes na área poderá ter um efeito positivo no decréscimo destas atitudes estigmatizantes (Markström et al., 2009; Omori et al., 2012).

No item 8, relacionado com a possibilidade de um(a) estudante admitir perante um(a) colega ter um diagnóstico de doença mental, as diferenças detetadas parecem indicar que as atitudes dos estudantes são mais estigmatizantes quando existe um contacto profissional com pessoas com doença mental. Alguns estudos referem que as atitudes negativas se agudizavam quando hipoteticamente se estabelecia uma relação de proximidade entre os estudantes e uma pessoa com doença mental – um colega de trabalho, por exemplo (Ogunsemi et al., 2008; Larkings & Brown, 2012; Neauport et al., 2012; Pantenburg et al., 2012). Essas atitudes estigmatizantes traduziam-se num aumento do desejo de distância social face às pessoas com doença mental; por outras palavras, um menor desejo de estabelecimento de um contacto mais próximo com estas pessoas (Angermeyer et al., 2012). Os resultados do presente estudo parecem ir de encontro aos dos estudos referidos, pois, numa relação laboral, os estudantes da amostra manifestaram ter dificuldade em revelar a um(a) colega o facto de terem uma doença mental, com receio de serem alvo de atitudes estigmatizantes, como o aumento do desejo de distância social.

Apesar destas diferenças, e quando comparados os grupos de estudantes que conhecem pessoalmente (mas não contactam profissionalmente com) pessoas com doença mental com os estudantes que (1) não têm contacto nem conhecimento; (2) têm apenas contacto e (3) têm contacto e conhecimento, não se verificam diferenças significativas nas atitudes. Estes resultados são coerentes com os resultados inicialmente referidos. Segundo Onesirosan et al. (2012), não foi encontrada uma correlação significativa entre conhecimento pessoal de pessoas com doença mental e atitudes mais positivas face à própria doença mental, o que é congruente com os resultados do presente estudo.

## Capítulo V: Conclusão

Os resultados globais da escala MICA obtidos no âmbito do presente estudo revelam que os estudantes de Medicina adotam atitudes tendencialmente negativas relativamente às pessoas com doença mental. O nível de estigma é particularmente significativo num conjunto de áreas específicas: o aprofundamento da investigação e/ou a especialização no domínio da Psiquiatria; o facto de os clínicos possuírem um conhecimento da vida das pessoas com doença mental superior ao dos respetivos cuidadores informais; o receio de se ser tratado de forma diferente por se possuir um quadro clínico de doença mental, e as eventuais dificuldades de comunicação com uma pessoa com doença mental, comparativamente a uma pessoa com doença física. Os resultados obtidos nestes domínios estão relacionados com o conceito de estigma público, anteriormente explicitado (Corrigan & Watson, 2002).

Quanto às diferenças de género, apesar de globalmente não se terem detetado diferenças significativas, as encontradas em alguns dos itens da escala MICA vão no sentido de o género feminino apresentar atitudes menos estigmatizantes relativamente à doença mental. Este resultado parece indicar que o grau de conhecimento do género feminino acerca da doença mental é superior ao do género masculino.

No que concerne às diferenças nas atitudes entre os grupos “contacto” e “conhecimento”, também não se verificaram diferenças significativas. Quanto à análise por itens, apenas nos itens relativos à recuperação na doença mental e relação interpares se verificaram diferenças marginalmente significativas.

Como principais contributos do presente estudo, salientamos o facto de ser um dos poucos realizados no âmbito do estigma existente em estudantes de Medicina. Em Portugal, foram efetuados apenas dois estudos especificamente relacionados com os estudantes de Medicina. Por conseguinte, este trabalho vem ajudar a colmatar uma lacuna existente em contexto português. Reveste-se ainda de especial importância, pois, na medida em que os estudantes de Medicina são os futuros profissionais de saúde, o estudo das suas atitudes face à doença mental permite intervir numa área que, em Portugal, não tinha ainda qualquer tipo de afirmação.

Por fim, sabendo-se que a redução do estigma terá um impacto positivo tanto na recuperação como na administração do tratamento adequado a pessoas com doença mental (Wahl, 2012), o presente estudo constitui um dos primeiros passos no sentido do estudo e da consequente redução das atitudes estigmatizantes.

## Capítulo VI: Limitações

A principal limitação deste estudo prende-se, essencialmente, com o tamanho da amostra. A amostra é constituída por um número reduzido de estudantes, face ao total de estudantes de Portugal continental, o que limita a generalização dos resultados e, por conseguinte, a sua significância.

Para além de ter condicionado os resultados, a reduzida dimensão da amostra inviabilizou a realização de uma investigação de atitudes estigmatizantes em função da área de especialização futura (Psiquiatria, Medicina Geral e Familiar, entre outras). Assim, não foi possível determinar se as atitudes variavam conforme o tipo de doença mental ou a área de especialização em que os estudantes pretendiam ingressar.

Uma outra limitação prende-se com a disparidade entre o número de estudantes do género feminino e masculino, o que limitou a comparação entre géneros.

A análise das diferenças entre os grupos “contacto” e “conhecimento” pode ter sido fortemente condicionada, quer pela dimensão da amostra, quer pela disparidade do número de elementos de cada um destes grupos.

Segundo a literatura, este é um dos poucos estudos em Portugal que aborda o estigma em estudantes de Medicina. Até ao momento, foram realizados apenas dois estudos no mesmo âmbito, por Pinhal (2010) e por Xavier & Almeida (1999). Por conseguinte, seria importante a sua replicação com uma amostra mais numerosa, para que a generalização dos resultados obtidos possa ser feita com maior segurança.

## Capítulo VII: Investigações futuras

Para futuros estudos, seria importante perceber se o ano de frequência dos estudantes tem influência no tipo de atitudes. Pressupondo que estudantes de anos mais avançados têm um maior contacto com pessoas com doença mental e maior conhecimento científico neste domínio e que estas atitudes estigmatizantes são mais elevadas (Korszun et al., 2012), seria relevante que, caso se comprovasse a existência de estigma, se desenvolvesse uma intervenção desde o primeiro ano de formação curricular, no sentido de melhorar, reduzindo-as, as atitudes estigmatizantes.

Por outro lado, seria também importante realizar-se um trabalho de redução do estigma junto dos alunos do último ano da formação académica, para que melhorassem os cuidados a prestar à pessoa com doença mental no âmbito do seu trabalho futuro, uma vez que os estudantes de anos mais avançados – e, portanto, mais perto de entrarem para o mercado de trabalho – apresentam atitudes mais estigmatizantes do que os estudantes de anos anteriores (Korszun et al., 2012). Assim, um aumento do conhecimento em doença mental associado ao aumento do conhecimento na especialização em Psiquiatria contribuirá para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença mental. Será igualmente importante contar com a supervisão de profissionais experientes na área da saúde mental nas intervenções que visem a melhoria das atitudes estigmatizantes em relação à Psiquiatria (Markström et al., 2009; Omori et al., 2012).

Seria ainda de especial interesse determinar a existência de eventuais diferenças nas atitudes estigmatizantes face às intenções de frequência ou frequência por área de especialização médica e se tais diferenças apresentam variações significativas, o que permitiria delinear intervenções que tivessem em linha de conta as necessidades de cada público-alvo. Seria igualmente pertinente consolidar a investigação quanto às atitudes prévias e posteriores à realização de um estágio na área da Psiquiatria e o grau de influência do mesmo nas atitudes estigmatizantes. Segundo Economou et al. (2012), se, por um lado, este tipo de estágios contribuiu para a melhoria de algumas crenças e atitudes – por exemplo, diminuição do número de estudantes que acreditavam que a esquizofrenia se devia a questões de parentalidade ou que as pessoas com esquizofrenia sofriam de dupla personalidade –, assistiu-se, por outro, a um aumento global do estigma: passou a haver mais estudantes a acreditar que a pessoa com esquizofrenia não conseguiria ter um emprego estável ou que poderia ser perigosa para a sociedade. Apesar disso, depois do estágio em Psiquiatria, o desejo de distância social não sofreu alterações.

Relativamente à especialização em Psiquiatria durante a formação em Medicina, as atitudes dos estudantes não são, globalmente, positivas. Apesar de a exposição à parte curricular de Psiquiatria ser realizada precocemente na formação em Medicina, a opção por realizar a especialização médica nesta área acarreta atitudes estigmatizantes. Estas devem-se essencialmente a aspetos inerentes ao

fundamento científico, ao baixo prestígio percebido e às dificuldades de relacionamento com o público-alvo da especialização referida. Por outro lado, as atitudes menos estigmatizantes em relação a esta especialização prendem-se, essencialmente, com fatores relacionados com o desafio intelectual inerente, a eficácia da Psiquiatria e o interesse pessoal (Lyons, 2013). O desejo de distância social é uma das áreas que parece conhecer uma evolução mais positiva com este aumento de conhecimentos (Economou et al., 2012).

Para futuros estudos, seria ainda importante apurar se existem diferenças nas atitudes estigmatizantes em função dos diferentes tipos de doença mental, para que, caso seja necessário, se possa intervir de um modo mais específico e em conformidade com as necessidades mais prementes. A pertinência desta recomendação deriva do facto de as atitudes estigmatizantes parecem ser tendencialmente mais negativas face à esquizofrenia do que a uma perturbação depressiva (Economou et al., 2012).

No presente estudo, registou-se a participação de um maior número de estudantes do género feminino. Para futuros estudos, será também essencial que a amostra se constitua mais equilibrada em termos de género.

Haveria igualmente pertinência na realização de um estudo com os próprios profissionais de saúde, em contexto português, na medida em que têm a seu cargo, hoje em dia, a prestação de cuidados às pessoas com doença mental. Assim, para além de intervenção precoce necessária neste âmbito, seria também pertinente a realização de uma intervenção junto dos próprios médicos, até pela circunstância de estes servirem de agentes modeladores para os atuais estudantes de Medicina. Por conseguinte, ao intervir-se junto dos médicos, estar-se-ia, de forma indireta, a reduzir o estigma nos estudantes de Medicina.

Para futuros estudos, seria ainda pertinente o alargamento da análise do estigma a outras áreas ligadas aos cuidados de saúde, envolvendo, por exemplo, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e outras profissões. Neste âmbito, seria importante que a avaliação das atitudes estigmatizantes fosse conduzida também durante a formação universitária destes profissionais. Mais uma vez, e em caso de necessidade, poder-se-iam realizar intervenções em função das necessidades específicas de cada área do conhecimento.

Por fim, seria igualmente adequado conduzir estudos com o objetivo de determinar a necessidade da realização de campanhas de intervenção junto de um público-alvo cada vez mais jovem – por exemplo, adolescentes –, cujos resultados têm sido comprovadamente positivos (Yap, Reavley, Mackinnon & Jorm, 2013). Numa ótica de intervenção precoce, seria relevante, à semelhança do que já vai acontecendo com alguns trabalhos, a realização de mais investigação e intervenção no domínio do estigma relativamente à doença mental em adolescentes. Estar-se-ia, assim, a prevenir o desenvolvimento de atitudes estigmatizantes. Contudo, este não é o público-alvo mais jovem passível de intervenção. Uma campanha realizada recentemente na Austrália, intitulada “Kids Matter Australian Primary Schools Mental Health Initiative”, teve como objetivo a sensibilização de crianças

do ensino básico, professores e pais, relativamente a questões de doença mental e o fornecimento de estratégias de promoção de saúde mental (Australian Government, 2012). Iniciativas deste tipo são inexistentes em Portugal e não deixam de ser fundamentais para a prevenção de comportamentos estigmatizantes.

## Referências

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Aggarwal, N. (2012). Attitudes of students towards people with mental ill health and impact on learning and well-being. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 12(1), 37–44. doi: 10.1111/j.1471-3802.2010.01193.x
- Angermeyer, M., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2012). Public attitudes towards people with depression in times of uncertainty: results from three population surveys in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1(1). doi:10.1007/s00127-012-0618-2
- Associação Nacional de estudantes de Medicina (2013). Consultado no *website* Associação Nacional de estudantes de Medicina: <http://www.anem.pt/textos/?m=2&d=2>
- Australian Government (2012). Kids Matter Australian Primary Schools Mental Health Initiative. Consultado no *website* Kids Matter: <http://www.kidsmatter.edu.au/>
- Bauer, L., Baggett, T., Stern, T., O’Connell, J., & Shtasel, D. (2013). Caring for homeless persons with serious mental illness in general hospitals. *Psychosomatics*, 54(1), 14–21. doi:10.1016/j.psym.2012.10.004
- Beldie, A., den Boer, J., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., Gillain, B., Jakovljevic, M., Jarema, M., Jelenova, D., Karamustafalioglu, O., Plesnicar, B., Kovacsova, A., Latalova, K., Marksteiner, J., Palha, F., Pecenak, J., Prasko, J., Prelipceanu, D., Ringen, P., Sartorius, N., Seifritz, E., Svestka, J., Tyszkowska, M., & Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(1), 1–38. doi:10.1007/s00127-012-0491-z
- Boyd, J., Katz, E., Link, B., & Phelan, J. (2010). The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(1), 1063–1070. doi: 10.1007/s00127-009-0147-9

- Brunero, S., Jeon, Y., & Foster, K. (2012). Mental health education programmes for generalist health professionals: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 428–444. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00802.x
- Campos, L., Palha, F., Sousa Lima, V., Dias, P., Pinhal, A., & Costa, N. (2011). Attitudes towards people with mental disorders and psychiatry: Impact of mental health residence on a sample of portuguese medical students. *Turkish Journal Of Psychiatry*, 22(1), 86-96.
- Clement, S., Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., Castro, M., McCrone, P., Norman, I., & Thornicroft, G. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 57–64. doi: 10.1192/bjp.bp.111.093120
- Cohen, D., & Rhydderch, M. (2013). Support for tomorrow's doctors: getting it right, meeting their needs. *Occupational Medicine*, 63(2), 2–4. doi:10.1093/occmed/kqs179
- Corbière, M., Samson, E., Villotti, P., & Pelletier, J. (2012). Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. *The Scientific World Journal*, 51(6), 35-38. doi:10.1100/2012/516358
- Cotton, S., Wright, A., Harris, M., Jorm, A., McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 790–796. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01885.x
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychological Association*, 59(7), 614-625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P. (2012). Where is the evidence supporting public service announcements to eliminate mental illness stigma?. *Psychiatric Services*, 63(1), 79–82. doi:10.1176/appi.ps.201100460
- Corrigan, P. & Kosyluk, K. (2013). Erasing the Stigma: Where Science Meets Advocacy. *Basic and applied social psychology*, 35(2), 131 – 140. doi: 10.1080/01973533.2012.746598
- Corrigan, P., Markvitz, F., & Watson, A. (2004). Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491. Consultado em: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/30/3/481.full.pdf+html>

- Corrigan, P., & Penn, D. (1999). Lessons From Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychological Association, 54*(9), 765-776. doi: 10.1037/0003-066X.54.9.76
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry 1*(1), 16-20. Consultado em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16946807>
- Economou, M., Peppou, L., Louki, E., & Stefanis, C. (2012). Medical students' beliefs and attitudes towards schizophrenia before and after undergraduate psychiatric training in Greece. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66*(3), 17–25. doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02282.x
- Evans-Lacko, S., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Public knowledge, attitudes and behavior regarding people with mental illness in England 2009–2012. *The British Journal of Psychiatry, 202*(2), 51–57. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112979
- Friedrich, B., Evans-Lacko, S., London, J., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Anti-stigma training for medical students: the Education Not Discrimination project. *The British Journal of Psychiatry, 202*(1), 89-94. doi: 10.1192/bjp.bp.112.114017
- Goffman, E. (1963). Stigma: notes on the management of spoiled identity. *New York: Touchstone*. Consultado no website *Google Books*: [http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=zuMFXuTMAqAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Goffman,+E.+\(1963\).+Stigma:+notes+on+the+management+of+spoiled+identity.+New+York:+Touchstone.&ots=R7ZmDp8LRh&sig=Wyyw\\_ZZWhgf3fmzXNIDczFN7SOc&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Goffman%20\(1963\).%20Stigma%3A%20notes%20on%20the%20management%20of%20spoiled%20identity.%20New%20York%3A%20Touchstone.&f=false](http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=zuMFXuTMAqAC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Goffman,+E.+(1963).+Stigma:+notes+on+the+management+of+spoiled+identity.+New+York:+Touchstone.&ots=R7ZmDp8LRh&sig=Wyyw_ZZWhgf3fmzXNIDczFN7SOc&redir_esc=y#v=onepage&q=Goffman%20(1963).%20Stigma%3A%20notes%20on%20the%20management%20of%20spoiled%20identity.%20New%20York%3A%20Touchstone.&f=false)
- Granello, D., Haag, P., Pamela S., & Carmichael, A. (1999). Relationship of the Media to Attitudes Toward People With Mental Illness. *Journal of Humanistic Counseling, Education & Development, 38*(2). doi: 10.1002/j.2164-490X.1999.tb00068.x
- Hassan, A., & Shafi, A. (2012). Attitude towards mental illness in Kashmir. *International NGO Journal, 7*(4), 73-77. doi: 10.5897/INGOJ12.019

- Hengartner M., Loch, A., Lawson, F., Guarniero, F., Wang, F., Rössler, W., & Gattaz, W. (2012). Attitudes of mental health professionals towards persons with schizophrenia: a transcultural comparison between Switzerland and Brazil. *Revista Psiquiatria Clínica*, 39(4), 115-121 doi:10.1590/S0101-60832012000400001
- Horsfall, J, Cleary, M., & Hunt, G. (2010). Stigma in Mental Health: Clients and Professionals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 450–455. doi: 10.3109/01612840903537167
- Hugo, M. (2001). Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 419–425. doi: 10.1046/j.1351-0126.2001.00430.x
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H., Beblo, T., Driessen, M., Frommberger, U., & Corrigan, P. (2013). Belittled, Avoided, Ignored, Denied: Assessing Forms and Consequences of Stigma Experiences of People With Mental Illness. *Basic and applied social psychology*, 35(1), 31–40. doi: 10.1080/01973533.2012.746619
- Ionta, J., & Scherman, C. (2007). An Examination of College Students' Perceptions of People Diagnosed with Mental Illness. *College of Saint Elizabeth Journal of the Behavioral Sciences*, 18(2), 92-96. doi:10.4103/0972-6748.62267
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1), 77–83. doi: 10.1046/j.1440-1614.1999.00513.x
- Korszun, A., Dinos, S., Ahmed, K., & Bhui, K. (2012). Medical Student Attitudes About Mental Illness: Does Medical-School Education Reduce Stigma?. *Academic Psychiatry*, 36(3), 197-204. doi: 10.1176/appi.ap.10110159
- Koura, M., Al-Sowielem, L., al-Dabal, B., Shaheed, R., Al-Halal, A., Al-Mahfoodh, N., & Hashishi, A. (2012). Qualitative Research: Stigma Associated with Psychiatric Diseases. *Middle East Journal of Family Medicine*, 10(6), 44-47. Consultado no website MdLinx: <http://www.mdlinx.com/nursing/news-article.cfm/4125797/psychiatric-diseases>

- Larkings, J., & Brown, P. (2012). Mental Illness Stigma and Causal Beliefs : Among Potential Mental Health Professionals. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 66(66), 819–825. Consultado no *website* World Academy of Science, Engineering and Technology: <http://www.waset.org/journals/waset/v66/v66-152.pdf>
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19(1), 423–427. doi: S0924933804001518
- Link, B., & Phelan, J., (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Reviews Sociology*, 27(1), 363–385. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Lyons (2013). Attitudes of Medical Students Toward Psychiatry and Psychiatry as a Career: A Systematic Review. *Academic Psychiatry*, 37(3), 150–157. doi: 10.1176/appi.ap.11110204
- Magliano, L., Read, J., Sagliocchi, A., Patalano, M., D'Ambrosio, A., & Oliviero, N. (2012). Differences in views of schizophrenia during medical education: a comparative study of 1st versus 5th-6th year Italian medical students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(1), 46-50. doi:10.1007/s00127-012-0610-x
- Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight-Eily, L. R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing chronic disease*, 7 (1), 1-6. Consultado no *website* PubMedCentral: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2811514&tool=pmcentrez&render type=abstract>
- Markström, U., Gyllensten A., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D., Hansson, L., Leufstadius, C., Sandlund, M., Svensson, B., Östman, M., & Eklund, M. (2009). Attitudes towards mental illness among healthcare students at Swedish universities – A follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today*, 29(3), 660–665. doi:10.1016/j.nedt.2009.02.006
- Martins, C. (2011). Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS. Braga: Psiquilibrios

- Michaels, P & Corrigan, P. (2012). Measuring mental illness stigma with diminished with social desirability effects. *Journal of mental health*, 312(1), 1-9. doi: 10.3109/09638237.2012.734652
- Mileva, R., Vázquez, G., & Milev, R. (2013). Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9(4), 31–40. doi: /dx.doi.org/10.2147/NDT.S38560
- Mino, Y., Yasuda, N., Tsuda, T., & Shimodera, S. (2001). Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* , 55(6), 501–507. doi: 10.1046/j.1440-1819.2001.00896.x
- Neauport, A., Rodgers, R., Simon, N., Birmes, P., Schmitt, L., & Bui, E. (2012). Effects of a psychiatric label on medical residents attitudes. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 485 – 487. doi: 10.1177/0020764011408652
- Nordt, C., Rossler, W. & Laube, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714. doi: 10.1093/schbul/sbj065
- Ogunsemi, O., Odusan , O., & Olatawura, M., (2008). Stigmatising attitudes of medical students towards a psychiatry label. *Annals of General Psychiatry*, 7(15),1-4. doi: 10.1186/1744-859X-7-15
- Omori, A., Tateno, A., Ideno, T., Takahashi, H., Kawashima, Y., Takemura, K., & Okubo, Y. (2012). Influence of contact with schizophrenia on implicit attitudes towards schizophrenia patients held by clinical residents. *BMC psychiatry*, 12(1), 205. doi:10.1186/1471-244X-12-205
- Onesirosan, J., Omoaregba, J., & Okogbenin, E. (2012). Stigmatising attitudes towards persons with mental illness: a survey of medical students and interns from Southern Nigeria. *PAGEPress Publications*, 4(8), 32-34. doi:10.4081/mi.2012.e8
- Or, S., Ohayona, I., Feingolda, D., Vahaba, K., Amiazb, R., Weiserb, M., Lysaker, P. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 195–200. doi: //dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.011

- Pantenburg, B., Sikorski, C., Luppqa, M., Schomerus, G., 3, König, H., Werner, P., & Riedel-Heller, S. (2012). Medical Students' Attitudes towards Overweight and Obesity. *PLoS ONE*, 7(11), 48-53. doi:10.1371/journal.pone.0048113
- Park, S., Bennett, M., Couture, S., & Blanchard, J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*, 205(1), 43–47. doi: org/10.1016/j.psychres.2012.08.040
- Pinel, E., & Bosson, J. (2013). Turning Our Attention to Stigma: An Objective Self-Awareness Analysis of Stigma and Its Consequences. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 55-63. doi: 10.1080/01973533.2012.746593
- Pinhal, A. (2010). Perceção dos Alunos de Medicina Face à Doença Mental: Estudo Exploratório (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal
- Roberts, L. & Bandstra, B. (2012). Addressing Stigma to Strengthen Psychiatric Education. *Academic Psychiatry*, 36(5), 347-350. doi: 10.1176/appi.ap.12060118
- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, A. (2007). 250 labels used to stigmatize people with mental illness. *BioMedCentral*, 7(3), 97-102. doi: 10.1186/1472-6963-7-97
- Rössler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(2), 65–69. doi:10.1007/s00406-012-0353-4
- Rowe, J. (2012). Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 19(1), 70–82. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01756.x
- Rüsch, N., Corrigan, P., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British Journal of Psychiatry*, 195(6), 551–552. doi: 10.1192/bjp.bp.109.067157

- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370(9590), 810-811. doi:10.1016/S0140-6736(07)61245-8
- Scheid, T, & Brown, T. (2010). *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems (2<sup>a</sup> ed.)*. Cambridge: Cambridge University Press
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders : Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74(4), 554–564. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.008
- 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. doi: 10.1080/09540260701278929
- Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., & Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *Journal of mental health*, 21(2), 99–103. doi:10.3109/09638237.2012.670888
- Smith, M. (2013). Anti-stigma campaigns: time to change. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 49-50. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126813
- Stier, A., & Hinshaw, S. (2007). Explicit and Implicit Stigma Against Individuals With Mental Illness. *Australian Psychologist*, 42(2), 106-117. doi: 10.1080/00050060701280599
- Szeto, A. C. H., Luong, D., & Dobson, K. S. (2012). Does labeling matter? An examination of attitudes and perceptions of labels for mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(4), 659-671. doi:10.1007/s00127-012-0532-7
- Talebi, M., Matheson, K., & Anisman, H. (2013). Support, Depressive Symptoms, and the Stigma towards Seeking Mental Health Help A Comparison of Asian versus Euro-Caucasian Students. *International Journal of Social Science Studies*, 1(1), 133-144. doi:10.11114/ijsss.v1i1.36
- Thornicroft, A., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113–122. doi:10.1080/09540260701278937

- Ursano, R., Fullerton, C., Brown, M. (2011). *Stigma and Barriers to Care Caring for Those Exposed to War, Disaster and Terrorism (1<sup>a</sup> ed.)*. Bethesda: University of the Health Sciences Press.
- Vogel, D., Bitman, R., Hammer, J., Wade, N. (2013). Is Stigma Internalized? The Longitudinal Impact of Public Stigma on Self-Stigma. *American Psychological Association*, 23(9), 1-6. doi: 10.1037/a0031889
- Xavier, M. & Almeida, J. (2010). Impact of clerkship in the attitudes toward psychiatry among Portuguese medical students. *BMC Medical Education*, 10(56), 2-8. doi:10.1186/1472-6920-10-56
- Yap, M., Reavley, N., Mackinnon, A., Jorm, A. (2013). Psychiatric labels and other influences on young people's stigmatizing attitudes: Findings from an Australian national survey. *Journal of Affective Disorders*, 148(2), 299-309. doi:10.1016/j.jad.2012.12.015
- Wahl, O. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 9-10. doi:10.1016/j.tics.2011.11.002
- Watson, A., Corrigan, P., Larson, J., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312–1318. doi: 10.1093/schbul/sbl076
- West, M., Yanos, P., Smith, Roe, D., Lysaker, P. (2011). Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Res Action*, 1(1), 3–10. doi:10.5463/sra.v1i1.9.
- Whitley, R. & Berry, S. (2013). Analyzing media representations of mental illness: Lessons learnt from a national project. *Journal of Mental Health*, 1(8), 1-8. doi: 10.3109/09638237.2012.745188
- Wittchen, H., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, R., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, R. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

World Health Organization (2001). *Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2008). *European pact for mental health and well-being*. Bruxelles: World Health Organization.

# Anexos

## **Anexo 1**

*Mental Illness: Clinician's Attitudes*

---

# **Doença Mental: Escala de avaliação das atitudes dos clínicos (MICA)**

---

### **INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO DA ESCALA**

Por favor, responda apenas às informações solicitadas. As informações recolhidas serão apenas utilizadas para fins de investigação.

#### **Objetivo da escala**

A MICA foi desenhada para ser utilizada junto de técnicos de saúde, incluindo estudantes de Medicina com experiência clínica. O objetivo desta escala é recolher informações sobre as atitudes dos clínicos em relação à psiquiatria e às pessoas com doença mental.

#### **Conteúdo da escala**

A MICA encontra-se dividida em duas secções. A primeira parte inclui perguntas sobre as características demográficas dos participantes. A segunda parte inclui perguntas sobre as atitudes dos participantes.

## **Parte 1: Características demográficas**

*Por favor, preencha as seguintes informações:*

**I.) Número de identificação:** \_\_\_\_\_ (Nº de estudante)

**II.) Idade:** \_\_\_\_\_

*Por favor, responda às seguintes questões assinalando  a opção que se à sua situação.*

**III.) Género**

**Masculino**            **Feminino**     

**IV.) Conhece pessoalmente alguém com doença mental?**

**Sim**     

**Não**     

**V.) Alguma vez contactou com alguém com doença mental durante o seu trabalho clínico?**

**Sim**     

**Não**

**VI.) Etnia:**

• **Caucasiana**

• **Outra**

\_\_\_\_\_ (por favor identifique)

**VII.) Em que área da Medicina gostaria de se especializar?**

**Cirurgia**

**Clínica geral**

**Pediatria**

**Ginecologia/Obstetrícia**

**Psiquiatria**

**Medicina Laboratorial**

**Medicina familiar**

**Saúde pública**

**Outra**  **Qual** \_\_\_\_\_

**Não sei**

**VII.) Ano letivo** \_\_\_\_\_

**Dados a preencher pelo investigador**

**Data de recolha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

**Código Aluno:** \_\_\_\_\_

## **Parte 2: Escala**

*Para cada item assinale o seu grau de concordância / discordância, tendo como base as seguintes opções:*

- 1 Concordo totalmente**
- 2 Concordo**
- 3 Concordo pouco**
- 4 Discordo pouco**
- 5 Discordo**
- 6 Discordo Totalmente**

---

**1. Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

**2. As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

**3. A psiquiatria é tão científica quanto outras áreas da Medicina.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

**4. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o admitiria a nenhum dos meus amigos porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

**5. As pessoas com doença mental grave são, a maior parte das vezes, perigosas**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

6. Os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental).

1	2	3	4	5	6
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

7. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum dos meus colegas porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.

1	2	3	4	5	6
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

8. Ser psiquiatra não é o mesmo que ser um verdadeiro médico.

1	2	3	4	5	6
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

9. Se um psiquiatra meu superior me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu não seguiria as suas indicações.

1	2	3	4	5	6
Concordo fortemente	Concordo	Concordo um pouco	Discordo um pouco	Discordo	Discordo fortemente

---

10. Sinto-me, igualmente, confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.

1	2	3	4	5	6
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

11. É importante que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com doença mental avalie a saúde física dessa pessoa.

1	2	3	4	5	6
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

12. As pessoas em geral não precisam de ser protegidas das pessoas com doença mental grave.

1	2	3	4	5	6
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

---

13. Se uma pessoa com doença mental se queixar de um sintoma físico como uma dor no peito, eu vou atribuir esse sintoma à sua doença mental.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

14. Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas a um(a) psiquiatra.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

15. Utilizaria o termo 'louco', 'maluco', 'doido' etc. para descrever, aos meus colegas, pessoas com doença mental que tenha visto na enfermaria.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

16. Se algum(a) do (a)s meus/minhas colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele(a).

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Concordo totalmente	Concordo	Concordo pouco	Discordo pouco	Discordo	Discordo totalmente

Considerando ser esta uma primeira versão da MICA em Português, agradecemos os seus comentários relativamente à clareza de cada uma das itens, bem como dúvidas que estas lhe possam ter suscitado.

Por favor, preencha o quadro relativamente à compreensão de cada uma das itens:

Item	Percebi muito bem	Percebi mais ou menos	Não percebi
1 - Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais			
2 - As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.			
3 - A psiquiatria é tão científica quanto outras áreas da Medicina.			
4 - Se eu tivesse uma doença mental, nunca o admitiria a nenhum dos meus amigos porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.			
5 - As pessoas com doença mental grave são, a maior parte das vezes, perigosas			
6 - Os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental).			
7 - Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum dos meus colegas porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.			
8 - Ser psiquiatra <u>não</u> é o mesmo que ser um verdadeiro médico.			
9 - Se um psiquiatra meu superior me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu <u>não</u> seguiria as suas indicações.			
10 - Sinto-me, igualmente, confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.			
11 - É importante que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com doença mental avalie a saúde física dessa pessoa.			
12 - As pessoas em geral <u>não</u> precisam de ser protegidas das pessoas com doença mental grave.			
13 - Se uma pessoa com doença mental se queixar de um sintoma físico como uma dor no peito, eu vou atribuir esse sintoma à sua doença mental.			
14 - <u>Não</u> é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas a um(a) psiquiatra.			
15 - Utilizaria o termo 'louco', 'maluco', 'doido' etc. para descrever, aos meus colegas, pessoas com doença mental que tenha visto na enfermaria.			
16 - Se algum(a) do (a)s meus/minhas colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele(a).			

Caso tenha tido dúvidas em algum(s) item(s), por favor explique no seguinte quadro

Nº Item	Dúvida

Obrigado pela sua colaboração.

## Anexo 2

Análise, por item, do gênero masculino e feminino.

Item	Gênero					
	Masculino		Feminino		U	P
	M	DP	M	DP		
1. Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.	4.62	1.47	2.00	1.29	677.50	0.31
2. As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.	2.19	1.06	1.70	0.62	767.00	0.90
3. A psiquiatria é tão científica quanto outras áreas da Medicina.	2.58	1.60	2.17	0.94	724.00	0.58
4. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o admitiria a nenhum dos meus amigos porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.	2.85	0.97	2.70	1.15	759.00	0.84
5. As pessoas com doença mental grave são, a maior parte das vezes, perigosas.	2.23	1.14	2.22	0.95	720.00	0.54
6. Os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental).	3.08	1.35	3.54	1.24	727.00	0.61
7. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum dos meus colegas porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.	3.31	1.01	3.03	1.28	764.50	0.88
8. Ser psiquiatra não é o mesmo que ser um verdadeiro médico.	1.31	0.62	1.32	0.78	697.00	0.34
9. Se um psiquiatra meu superior me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu não seguiria as suas indicações.	1.77	1.14	1.45	0.65	678.50	0.27
10. Sinto-me, igualmente, confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.	3.15	1.32	3.13	1.20	776.50	0.97
11. É importante que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com doença mental avalie a saúde física dessa pessoa.	1.65	1.09	1.47	0.57	759.00	0.82
12. As pessoas em geral não precisam de ser protegidas das pessoas com doença mental grave.	2.77	1.24	2.47	1.05	679.50	0.32
13. Se uma pessoa com doença mental se queixar de um sintoma físico como uma dor no peito, eu vou atribuir esse sintoma à sua doença mental. *	2.12	1.03	2.14	0.95	704.50	0.43
14. Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas a um(a) psiquiatra.	3.46	1.82	2.41	1.44	509.50	0.01
15. Utilizaria o termo 'louco', 'maluco', 'doido' etc. para descrever, aos meus colegas, pessoas com doença mental que tenha visto na enfermaria. *	1.73	1.12	1.97	1.19	754.00	0.79
16. Se algum(a) do (a)s meus/minhas colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele (a).	1.65	0.69	1.60	0.67	746.00	0.72

**Anexo 3**

*Avaliação das diferenças nas atitudes entre conhecimento e contacto com pessoas com doença mental. Análise descritiva por item.*

Item	Contacto				Conhecimento			
	Sim		Não		Sim		Não	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
1. Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais. *	4.95	1.40	4.70	1.39	1.97	1.42	4.97	1.20
2. As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida. *	2.02	1.12	2.35	0.99	1.82	0.67	2.19	0.98
3. A psiquiatria é tão científica quanto outras áreas da Medicina.	2.35	1.25	2.23	1.13	2.33	1.14	2.23	1.28
4. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o admitiria a nenhum dos meus amigos porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente. *	2.81	1.14	2.88	1.20	2.65	1.12	3.00	1.15
5. As pessoas com doença mental grave são, a maior parte das vezes, perigosas. *	2.07	0.67	2.37	1.09	1.94	0.89	2.13	0.88
6. Os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental). *	3.00	1.41	3.37	1.31	3.53	1.28	3.13	1.45
7. Se um psiquiatra meu superior me tivesse instruído a tratar as pessoas com doença mental de forma depreciativa, eu não seguiria as suas indicações.	3.28	1.20	3.33	1.25	2.97	1.19	3.29	1.16
8. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum dos meus colegas porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente. *	1.42	0.76	1.44	0.91	1.38	0.74	1.23	0.50
9. Ser psiquiatra não é o mesmo que ser um verdadeiro médico. *	1.56	0.73	1.53	0.94	1.49	0.70	1.65	1.05
10. Sinto-me, igualmente, confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.	3.19	1.24	3.09	1.23	3.15	1,268	3,13	1.18
11. As pessoas em geral não precisam de ser protegidas das pessoas com doença mental grave.	2.53	1.12	2.58	1.12	2.65	1.13	2.39	1.09
12. Se uma pessoa com doença mental se queixar de um sintoma físico como uma dor no peito, eu vou atribuir esse sintoma à sua doença mental. *	2.00	0.79	1.88	0.85	2.32	1.04	1.81	0.70
13. Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas a um(a) psiquiatra. *	2.70	1.55	2.70	1.58	2.47	1.48	2.80	1.64
14. Utilizaria o termo 'louco', 'maluco', 'doido' etc. para descrever, aos meus colegas, pessoas com doença mental	1.86	1.06	1.70	1.19	1.74	1.19	1.74	1.15

que tenha visto na enfermagem. \*

15. Se algum(a) do (a)s meus/minhas colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele (a). 1.51 0.59 1.72 0.73 1.64 0.65 1.58 0.72

16. É importante que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com doença mental avalie a saúde física dessa pessoa. 1.56 0.89 1.49 0.63 1.55 0.60 1.48 0.99

---