



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*PERCEÇÃO DOS ALUNOS DE MEDICINA FACE À DOENÇA MENTAL:
ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE DIFERENÇAS DE GÉNERO*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Maria Inês Marques Araújo Carregal Queiroz

Porto, abril de 2013



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*PERCEÇÃO DOS ALUNOS DE MEDICINA FACE À DOENÇA MENTAL:
ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE DIFERENÇAS DE GÉNERO*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Maria Inês Marques Araújo Carregal Queiroz

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof. Doutor Pedro Dias

Porto, abril de 2013

*Aos que fazem parte do meu coração,
Obrigada pelo apoio, a amizade, o carinho
e o amor com que preenchem a minha vida!*

RESUMO

O estigma relacionado com a doença mental é uma realidade que persiste sendo, atualmente, uma prioridade de investigação definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005). A este respeito, constatamos nos últimos anos uma abundante e, em geral, rica e estimulante produção científica que procura a compreensão desta problemática e objetiva a criação de diferentes níveis de intervenção.

O presente estudo enquadra-se numa segunda fase do projeto “Perceção dos estudantes de medicina face à doença mental”, da Associação ENCONTRAR+SE, em curso desde 2009. Especificamente, numa perspetiva exploratória descritiva, procurou-se avaliar a perceção dos alunos de medicina face à doença mental e à psiquiatria, incidindo na identificação e caracterização de possíveis diferenças de género.

Como instrumento de recolha de dados foi utilizada a Tradução Portuguesa da versão 2.0 da *Mental Illness: Clinician’s Attitudes Scale – MICA* (Kassam, Glozier, Leese, Henderson, & Thornicroft, 2010). A amostra, com uma distribuição equivalente nos dois sexos, foi constituída por 50 estudantes de medicina, de quatro Instituições de Ensino Superior de Portugal.

Os resultados encontrados apontam para a presença de atitudes estigmatizantes face à doença mental na população estudada (*Score* Global da MICA = 36.42; DP = 6.85), embora não tenham sido encontradas diferenças significativas ao nível do *score* global da MICA em função das características sóciodemográficas avaliadas, inclusivamente o sexo. No entanto, as análises por item revelaram diferenças significativas em itens específicos, em função de variáveis como “Sexo”, “Ano Letivo”, “Alguma vez contactou com alguém com doença mental durante o seu trabalho clínico?” e “Gostaria de se especializar em Psiquiatria?”.

Tendo em conta a literatura consultada, verifica-se que os resultados obtidos são consistentes com o referencial teórico analisado. As implicações mais evidentes deste estudo apontam para a redefinição e incentivo a novas estratégias de educação, junto dos estudantes de medicina.

Palavras-chave: Estigma, Doença Mental, Alunos de Medicina, MICA.

ABSTRACT

The stigma associated to mental illness is a remaining reality which has currently become a research priority defined by the World Health Organization (WHO) (OMS, 2005). Over the last years, we have seen an abundant and, in general, stimulating scientific production in this regard, which seeks the understanding of this problematic as well as the setting of different levels of intervention.

The present study fits into a second phase of the project “*Perception of medical students towards mental illness*”, of Association ENCONTRAR+SE, underway since 2009. Specifically, in a descriptive exploratory perspective, we have tried to assess the perception of medical students towards mental illness and psychiatry, focusing on identification and characterization of possible differences in gender.

The Portuguese Translation of the 2.0 version of the *Mental Illness: Clinician’s Attitudes Scale* – MICA (Kassam et al., 2010) was used as data collection instrument. The sampling, with an equivalent distribution over both genders, was made up of 50 students attending medicine at four different Portuguese High School Institutions.

The results met in the studied population point towards the presence of stigmatizing attitudes towards mental illness (Global *Score* of MICA = 36.42; SD = 6.85), although there were no relevant differences found as far as MICA’s global score is concerned, according to the studied social-demographic characteristics, gender included. However, the analysis by item has revealed relevant differences in specific items, according to variables as “Gender”, “School Year”, “Have you ever had contact with anyone bearing a mental illness during your clinical work?” and “Would you like to specialize in Psychiatry?”.

Given the bibliography consulted, it turns out that the results obtained are consistent with the analysed theoretical references. The most obvious implications of this study indicate the importance of a redefinition and incentive of new educational strategies on the study of medicine.

Key words: Stigma, Mental Illness, Medicine Students, MICA

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO Compreender para Melhor Intervir	
CAPÍTULO 1 – Estigma e Doença Mental	4
1.1. Saúde e Doença Mental	4
1.2. Conceito de Estigma	6
1.2.1. Evolução Histórica e Concetualizações Atuais de Estigma	6
1.2.2. O Processo de Estigmatização	7
1.2.3. Consequências do Estigma	11
1.3. O Papel do Género sobre as Perceções de Estigma na População Geral.....	13
CAPÍTULO 2 – Estigma em Estudantes e Profissionais de Saúde	15
2.1. Investigação sobre Estigma em Estudantes e Profissionais de Saúde	15
2.1.1. Diferenças de Género nas Perceções de Estigma em Estudantes e Profissionais de Saúde.....	17
2.2. Estigma e Perturbação Mental – Investigação no Contexto Português.....	19
II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA Investigar para Melhor Intervir	
CAPÍTULO 3 – Pertinência e Concetualização do Estudo Empírico	25
3.1. Definição de Objetivos e Operacionalização das Variáveis.....	25
3.2. Método	27
3.2.1. Questões de Investigação.....	27
3.2.2. Instrumento	27
3.2.3. Descrição dos Procedimentos de Recolha de Dados.....	28
3.2.4. Tratamento Estatístico dos Dados.....	29
3.2.5. Amostra	29
CAPÍTULO 4 – Apresentação dos Resultados	32
4.1. Etapa I: Perceção dos Estudantes de Medicina face à Doença Mental e à Psiquiatria.....	32

4.2. Etapa II: Relação entre os Indicadores de Percepção face à Doença Mental e à Psiquiatria e o Gênero dos Participantes.....	34
4.3. Etapa III: Relação entre os Indicadores de Percepção face à Doença Mental e à Psiquiatria e as Características Sociodemográficas dos Participantes.....	35
CAPÍTULO 5 – Discussão dos Resultados	38
5.1. Considerações sobre a Metodologia Utilizada e suas Limitações	42
CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Síntese das Principais Consequências do Estigma.....	13
Quadro 2 – Recomendações para a Redução do Estigma em Profissionais de Saúde.....	17
Quadro 3 – Distribuição das Características Sociodemográficas dos Participantes.....	30
Quadro 4 – Estatística Descritiva para a Pontuação Global da MICA.....	32
Quadro 5 – Estatística Descritiva para as Pontuações por Item da MICA.....	33
Quadro 6 – Estudo das Diferenças (<i>T-Test</i> ; <i>U-Mann-Whitney</i>) na MICA em função da Varável “Sexo”.....	34
Quadro 7 – Estudo das Diferenças (<i>T-Test</i> ; <i>U-Mann-Whitney</i>) na MICA em função da Variável “Ano Letivo”.....	36
Quadro 8 - Estudo das Diferenças (<i>T - Test</i> ; <i>U - Mann-Whitney</i>) na MICA em função da Variável “Alguma vez contactou com alguém com doença mental durante o seu trabalho clínico?”.....	36
Quadro 9 – Estudo das Diferenças (<i>T-Test</i> ; <i>U-Mann-Whitney</i>) na MICA em função da Variável “Gostaria de se Especializar em Psiquiatria?”.....	37

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Principais Modelos Explicativos de Estigma na Doença Mental.....	8
Figura 2 – Dinâmicas Interativas do Processo de Estigmatização, segundo Link e Phelan, 2001.....	9
Figura 3 – Impacto do Estigma Público e do Autoestigma na Pessoa com Doença Mental	11
Figura 4 – Modelo Concetual das Relações entre as Variáveis Analisadas no Estudo Empírico.....	26

INTRODUÇÃO

Pegando no tão afamado soneto de Luís de Camões “Mudam-se os tempos, (...)”, apraz-nos dizer: mas nem sempre se mudam as “vontades”... E o que parecia ser a atitude mais lógica e coerente, face ao atual conhecimento e progresso médico-científico sobre a saúde mental, não corresponde a maior parte das vezes à realidade. Ainda hoje, contrariamente ao esperado face à evolução a que assistimos, se vive e convive com medos, vergonha, discriminação e estigma, em particular no que respeita à doença mental.

Este estigma, segundo o relatório de 1999 sobre saúde mental, *A Report of the Surgeon General* (U.S. Department of Health and Human Services, 1999), considerado um documento capital nos Estados Unidos e na Inglaterra, foi identificado como intolerável e como principal obstáculo para a eficácia do tratamento das pessoas com perturbações mentais (Frey, 2008). Não é por acaso que o estigma é considerado uma prioridade de investigação pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001, 2005; World Health Organization [WHO], 2002, 2008a, 2008b; U.S. Department of Health and Human Services, 2006), basta, para tal, pensarmos nos crescentes números de diagnósticos de doença mental (Patel & Kleinman, 2003; Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007; Comissão das Comunidades Europeias, 2005) e percebe-se claramente a relevância em causa.

Fazendo uma pesquisa simples sobre o tema, encontra-se um leque bastante amplo de estudos a comprovar a existência de estigma relacionado com a doença mental, inclusivamente nos profissionais de saúde, o que indubitavelmente deve ser olhado com alguma preocupação. Assim, torna-se imperioso olhar privilegiadamente para os profissionais de saúde, pelo que estes desempenham ao nível da prestação de cuidados de saúde, pelo caráter educativo das suas atitudes, bem como pelo impacto que o seu atendimento e as suas intervenções têm sob a pessoa com doença mental e a população em geral.

Genericamente, com este estudo pretende-se contribuir para a compreensão do conceito e processo de estigma, em específico estudar a perceção dos estudantes de medicina face à doença mental, percebendo as diferenças existentes entre estudantes do sexo masculino e do sexo feminino. Objetiva-se uma melhor compreensão desta população e contribuir favoravelmente para estratégias de formação e intervenção mais efetivas e adequadas à realidade da formação profissional dos médicos e do estigma na doença mental em Portugal.

O presente estudo faz parte de um projeto de investigação mais amplo cujo tema é “Validação da MICA para estudo da perceção dos estudantes de medicina face à doença mental”, em curso na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP), em

colaboração com a ENCONTRAR+SE (Associação de Apoio às Pessoas com Doença Mental Grave), tendo já em 2009 iniciado a primeira fase da investigação, com um estudo piloto, em que foi avaliada a presença de atitudes estigmatizantes face à doença mental e à psiquiatria, nos estudantes de medicina, antes e após a residência em psiquiatria (Campos et al., 2011; Pinhal, 2010).

Com o objetivo de melhorar a organização deste documento e facilitar a sua leitura, este encontra-se dividido em duas partes distintas, mas complementares: a primeira, subdividida em dois capítulos, respeita o enquadramento teórico necessário à execução do estudo, em que é incorporada a contextualização do tema e respetiva revisão bibliográfica, com o intuito de compreender para melhor intervir; a segunda parte, também subdividida em dois capítulos, expõe a contribuição empírica deste trabalho, em que é feita a descrição do estudo, a análise dos dados e a discussão dos resultados.

No primeiro capítulo, pretendemos enquadrar a temática em análise através das definições essenciais de saúde e doença mental. Além disso, apresentamos com maior especificidade o conceito de estigma, pretendendo-se situar e contextualizar, brevemente, a sua evolução histórica, assim como definir as concetualizações atuais de estigma, processo de estigmatização e principais consequências.

A análise dos principais resultados da investigação sobre estigma, em estudantes e profissionais de saúde, é descrita ao longo do segundo capítulo. São, também, apresentados dados sobre o impacto de estratégias educacionais face ao estigma na doença mental e descritos alguns dos estudos no contexto português. Relativamente ao combate ao estigma em Portugal, é feita uma breve descrição das principais intervenções existentes.

O terceiro capítulo, já na segunda parte deste documento, é destinado à apresentação do estudo empírico, iniciando com uma breve delimitação do problema em estudo. Aqui, são apresentados os objetivos do estudo, identificadas as variáveis e descritos os procedimentos metodológicos usados.

No quarto capítulo tem lugar a apresentação e discussão dos resultados, organizados em três etapas: na primeira, incide-se sobre a avaliação dos indicadores de perceção face à doença mental e à psiquiatria presentes nos indivíduos estudados; posteriormente, num segundo momento, procede-se a uma avaliação das relações entre os indicadores de perceção face à doença mental e à psiquiatria e o ano letivo; na terceira etapa, explora-se o sentido das diferenças encontradas em consequência da comparação entre os indicadores de perceção face à doença mental e à psiquiatria e as características demográficas dos estudantes. O capítulo termina com considerações sobre a metodologia utilizada e suas limitações.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Compreender para Melhor Intervir

CAPÍTULO 1 – Estigma e Doença Mental

“ Loucura? – Mas afinal o que vem a ser a loucura?... Um enigma... Por isso mesmo é que às pessoas enigmáticas, incompreensíveis, se dá o nome de loucos... Que a loucura, no fundo, é como tantas outras, uma questão de maioria. A vida é uma convenção: isto é vermelho, aquilo é branco, unicamente porque se determinou chamar à cor disto vermelho e à cor daquilo branco. A maior parte dos homens adoptou um sistema determinado de convenções: É a gente de juízo... Pelo contrário, um número reduzido de indivíduos vê os seus objetos com outros olhos, chama-lhes outros nomes, pensa de maneira diferente, encara a vida de modo diverso. Como estão em minoria...são doidos... Se um dia porém a sorte favorecesse os loucos, se o seu número fosse superior e o génio da sua loucura idêntico, eles é que passariam a ser os ajuizados: Na terra dos cegos, quem tem um olho é rei, diz o adágio: na terra dos doidos, quem tem juízo, é doido, concluo eu. O meu amigo não pensava como toda a gente...Eu não o compreendia: chamava-lhe doido... Eis tudo”.

(Mário de Sá Carneiro, 1984, p.32-33)

Este capítulo iniciará com uma caracterização, breve mas imprescindível, dos conceitos de saúde e doença mental para, posteriormente, o conceito de estigma ser aprofundado, na sua evolução histórica e concetualização atual, envolvendo o processo de estigmatização e as suas principais consequências. Fechando o capítulo, serão apresentados alguns estudos em que são abordadas as diferenças de género nas percepções de estigma.

1.1. Saúde e Doença Mental

Com o objetivo de estudar e compreender as percepções relacionadas com a doença mental e o estigma associado à sua vivência, é imperativo, antes de mais, clarificar e descrever especificamente os conceitos de saúde e doença mental.

Num passado recente, a doença era frequentemente definida como "ausência de saúde", sendo a saúde definida como "ausência de doença" – definições muito pouco esclarecedoras. Perspetivas redutoras como estas levaram os investigadores e os profissionais de saúde a descurar os componentes emocionais e sociais da saúde e da doença (Bolander, 1998). Por conseguinte, entende-se que os fatores psicológicos, sociais e biológicos devem ser tidos em conta nas definições de saúde e doença, atestando-lhes um carácter mais integrador.

Deste modo, a OMS concetualiza a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença” (WHO, 2004). Especificamente, a saúde mental é descrita como o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera, assim como contribuir para a

comunidade em que se insere. A WHO (2004) descreve, ainda, que não existe nenhuma definição oficial que diga respeito à saúde mental, já que esta é sempre influenciada pelas diferenças culturais e pela subjetividade da experiência individual.

“Para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países.” (OMS, 2001, p. 29).

Acrescentamos, ainda, a concetualização de perturbação mental, proposta pela *American Psychiatric Association* (APA, 2002), onde é descrita como um padrão psicológico ou de comportamento específico, que se manifesta num indivíduo e que se encontra associado a fatores de ansiedade e/ou a disfunção em uma ou mais áreas da vida. Esta síndrome ou padrão de comportamento não poderá estar relacionado com respostas culturais a determinados acontecimentos de vida e, independentemente da sua causa, tem de ser considerado uma manifestação de disfunção comportamental, psicológica ou biológica.

Apesar da definição acima apresentada ser comumente aceite na comunidade científica, há autores, como Hinshaw (2007), que defendem a inexistência de uma definição de doença mental que seja consensual ao nível clínico, filosófico e científico. Trata-se de um tema bastante delicado, pela sua complexidade e abrangência, sobre o qual a sociedade mantém, apesar dos avanços, uma distância de segurança. Talvez pela inquietação que o assunto desperta na auto-perceção de segurança de cada indivíduo - “o homem moderno cria o conceito de normalidade para se sentir seguro” (Marques, 2001, cit. in Mattos & Neves, 2005); talvez pelo carácter subjetivo e “obscuro” que a população, em geral, atribui ao desconhecido mundo mental; ou pela falta de um contacto mais direto com este tipo de patologias... As explicações divergem. No entanto, é comumente aceite que a falta de informação da população geral é um fator com preponderância inegável e transversal, com consequências diretas na vivência e tratamento da doença mental.

Esta lacuna ao nível do conhecimento sobre as perturbações mentais, as suas características clínicas, bem como sobre as pessoas que com elas lidam, tem repercussões com impacto negativo nos diferentes níveis de funcionamento do sujeito que é afetado direta ou indiretamente pela doença mental.

Deste modo, o desconhecimento e ignorância com que vivemos, no que respeita à saúde/doença mental, conduzem, invariavelmente, a mitos e preconceitos que, por sua vez, tendem a originar um processo de discriminação, marginalização e isolamento – processo de estigmatização.

1.2. Conceito de Estigma

Sem o intuito de retratar a evolução conceitual do termo “estigma”, ou estudar a real complexidade e universalidade do tema, objetiva-se apenas clarificar a aceção e origem histórica do conceito, bem como defini-lo numa perspectiva contemporânea, descrever as principais componentes do processo de estigmatização e respetivas consequências.

1.2.1. Evolução Histórica e Concetualizações Atuais de Estigma

Uma das explicações avançadas na tentativa de descobrir as origens do estigma remete-nos para tempos antigos onde grupos de homens e mulheres, nas suas jornadas evolutivas, lutavam pela sobrevivência. De acordo com esta teoria, pessoas percecionadas como incapazes de contribuir para a sobrevivência do grupo, ou que fossem vistas como ameaça para o bem-estar de todos, eram estigmatizados e isolados, objetivando a sobrevivência do grupo (Frey, 2008).

Desde então, o termo estigma tem marcado a sua presença ao longo da história, nomeadamente, com o Cristianismo, tão enraizado na nossa cultura, e as chagas de Cristo, que se apresentavam como uma marca pelo sofrimento, podendo ser interpretado como uma perpetuação da rotulagem dos indivíduos diferentes.

No século XX, Goffman (1963) foi um dos pioneiros do estudo aprofundado do processo de estigmatização e das suas consequências. Segundo o autor (Goffman, 1963), o termo *stigma*, que expressa em latim “tatuagem”, foi crido pelos gregos para se referirem a sinais corporais ou marcas, com os quais se pretendia evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava, identificando o seu portador como um escravo, um criminoso, um traidor, uma pessoa marcada e denegrada que devia ser evitada.

Na sua clássica análise do tema, Goffman (1963) utiliza o conceito para se referir a uma marca, sinal, rótulo ou atributo profundamente redutor e depreciativo que uma pessoa ou grupo de pessoas aplica sobre outra pessoa ou grupo, estimulando a instituição de crenças a respeito desse indivíduo ou grupo, sendo estas projetadas, ampliadas e compartilhadas pelo coletivo social mediante a formação de estereótipos. “Marcas” negativas que, na Modernidade, deixaram de se confinar a deformidades físicas do corpo para se assumirem como simbólicas ou manifestações morais, sociais e mentais (Goffman, 1963).

De destacar que Goffman formula o conceito de estigma não como sendo um objeto reificado, mas como um processo social, que se desenvolve na relação e interação, apresentando-se como uma

consequência da aplicação de normas sociais. Assim se explica que aqueles que são discriminados numa determinada situação, por um determinado atributo e um determinado estereótipo, podem não o ser num contexto sociopolítico e histórico diferente (Goffman, 1963).

Segundo Corrigan (2004) o estigma é, genericamente, o resultado ou efeito decorrente de uma relação específica entre atitudes (estereótipo e preconceito) e comportamento (discriminação). Dizer “Aquele tipo é louco...”, ou um dos seus muitos sinónimos, fomenta atitudes relacionadas ao estigma (“...deve ser perigoso e imprevisível...”), que por sua vez podem afetar ou desencadear comportamentos (“...por isso vou evitá-lo.”).

Numa perspetiva direcionada para a saúde e doença mental, entende-se o estigma como uma resposta negativa, real ou percebida, dirigida a uma pessoa ou várias, realizada por pessoas, comunidades ou pela sociedade. O estigma projeta o medo e a ansiedade sentida pelos membros da população em geral. Ele é caracterizado por rejeição, recusa, descrédito, desconsideração, subvalorização e distância social, levando, frequentemente, à discriminação e à violação dos direitos humanos (Thornicroft, 2006). Como é destacado por esta definição, o estigma está enraizado em atitudes individuais e sociais, que se refletem em comportamentos que prejudicam seriamente tanto os direitos como a dignidade das pessoas afetadas.

No decorrer da análise da literatura, o conceito de estigma foi maioritariamente apresentado em função de duas perspetivas fundamentais: o termo estigma definido como uma desvalorização social e o termo percebido como uma falha baseada nas características pessoais de um indivíduo; ambas, apresentando implicações sociais negativas.

Neste seguimento, perceber-se-á que a construção de modelos, atributos e estereótipos que culminam em estigmas, são formulados por indivíduos de todas as esferas da sociedade, inclusive pelos próprios estigmatizados uma vez que estes tendem a ter as mesmas crenças sobre a identidade que os “normais” (Tadvald, 2007).

1.2.2. O Processo de Estigmatização

Grande parte da produção atual sobre estigma é proveniente de três grupos de investigação: o grupo liderado por Matthias Angermeyer na Alemanha, ligado à *World Psychiatric Association*, o grupo organizado em torno de Patrick Corrigan e David Penn nos Estados Unidos, com uma base sólida na Psicologia Social e nos programas de reabilitação psicossocial e, finalmente, também nos Estados Unidos, o grupo liderado por Bruce Link e Jo Phelan, atuando numa perspetiva mais

sociológica (López et al., 2008). Grupos estes que trabalham cada vez mais em cooperação e cujos principais resultados se descrevem no decorrer do texto.

A generalidade dos modelos atuais, que explicam o fenómeno do estigma na doença mental, emergiu de princípios básicos das ciências comportamentais. Os modelos explicativos podem ser divididos em três grupos gerais que serão descritos sumariamente (**Figura 1**): os modelos cognitivos, que explicam o estigma em termos de processos naturais das estruturas cognitivas; os modelos motivacionais, que compreendem os motivos que desencadeiam o estigma; e os modelos organizacionais e institucionais, que enquadram algumas das experiências de estigma e discriminação em contextos institucionais e estruturas sociais (Corrigan, Kerr, & Knudsen, 2005).

Principais Modelos Explicativos de Estigma na Doença Mental		
Modelos Cognitivos	Modelos Motivacionais	Modelos Organizacionais
<p>Descrevem, a um nível psicológico, como as estruturas e processos cognitivos, podem desencadear atitudes de estigma.</p> <p>Três componentes configuram este modelo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estereótipos; • Preconceitos; • Discriminação. 	<p>Procuram explicar os motivos desencadeadores de estigma e a função que o estigma possa ter para a pessoa que estigmatiza.</p> <p>Três perspetivas motivacionais distintas são descritas na literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicações do indivíduo (<i>ego-justification</i>); • Explicações do grupo (<i>group-justification</i>); • Explicações do sistema (<i>system-justification</i>). 	<p>Explicam numa perspetiva social em termos das forças históricas, políticas e económicas que influenciam instituições e grupos sociais.</p> <p>A discriminação institucional exterioriza-se em regras, políticas e procedimentos de entidades públicas e privadas que, numa posição de poder, intencionalmente restringem os direitos e oportunidades das pessoas (ex. legislação que impõe diferentes escolas para pessoas de diferentes raças).</p>

Figura 1 - Principais Modelos Explicativos de Estigma na Doença Mental (adap. Corrigan, Kerr et al., 2005).

Embora considerando o importante contributo destes diferentes modelos, na explicação das origens e dos processos do estigma, pretende-se manter a análise do tema na perspetiva do “Indivíduo” (pessoa ou grupo), valorizando o estudo das estruturas e processos cognitivos abrangidos e das respetivas motivações, que descrevem o processo de estigma a um nível psicológico.

Falar sobre “processo de estigmatização” implica associar um conjunto complexo de conceitos e componentes, a indivíduos e grupos concretos (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004). Segundo os autores Link e Phelan (2001), só existe estigma quando se convergem diferentes componentes que, basicamente, envolvem um conjunto de etapas mais ou menos sucessivas:

- A distinção, rotulagem (*labeling*) e identificação de uma determinada marca ou diferença que afeta um grupo de pessoas;
- A associação das pessoas marcadas com características desagradáveis, em função de convicções culturais prevalentes;

- A sua consideração como um grupo distinto e diferente: "nós" vs. "eles";
- Impacto emocional sobre as pessoas que estigmatizam (medo, ansiedade, raiva, compaixão) e sobre quem é estigmatizado (medo, ansiedade, vergonha);
- Perda de estatuto e discriminação que afeta consecutivamente a pessoa ou o grupo estigmatizado, levando a resultados, geralmente, desfavoráveis em diferentes áreas;
- A existência de fatores estruturais ou dimensões que têm a ver, em última instância, com assimetrias de poder (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005).

Neste contexto, o conceito de estigma surge implicado em vários outros conceitos (normalidade e anormalidade, estereótipo, discriminação, etc.) e componentes (*labeling*, fatores estruturais, etc.) com uma carga negativa associada. De forma esquemática, podemos visualizar na **Figura 2** as dinâmicas interativas do processo de estigmatização.

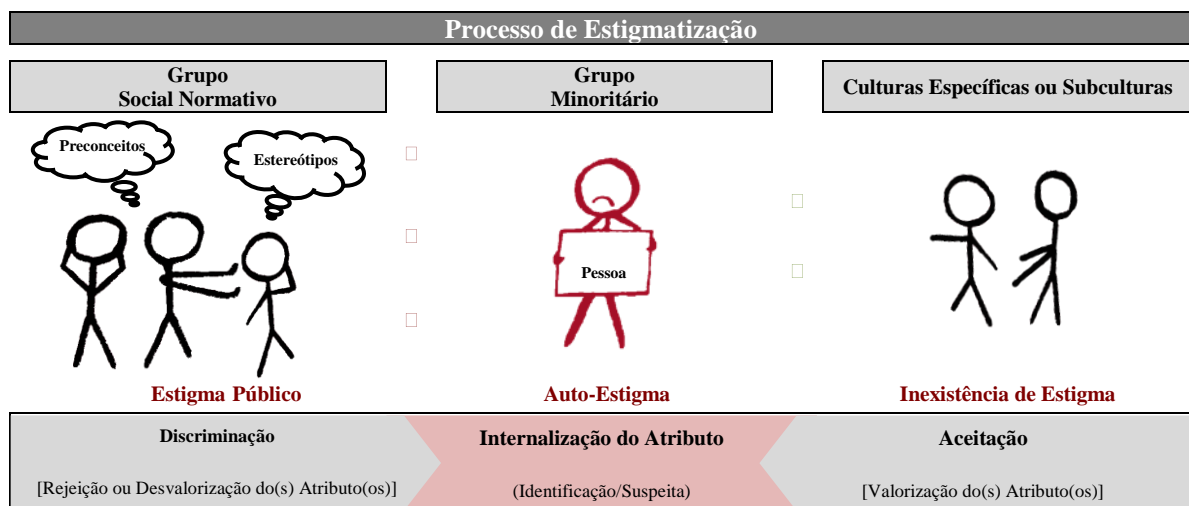


Figura 2 - Dinâmicas Interativas do Processo de Estigmatização, segundo Link e Phelan, 2001

Este processo pode então ser sinteticamente descrito como expressão de um conjunto inter-relacionado de atitudes e comportamentos, geralmente negativos, que um grupo social mantém em relação a outro grupo minoritário ou indivíduo que apresenta algum tipo de sinal distintivo ou "marca". A este respeito e segundo a informação proveniente de diferentes autores, parecem existir alguns fatores consensuais que "marcam" e caracterizam este processo e conceito de estigma:

- Identificação ou Suspeita de um Atributo ou "Marca" - Goffman (1963) identifica e diferencia três tipos de "marcas" ou estigmas: os resultantes de "defeitos físicos" (ex. altura ou peso excessivo, condições como albinismo, deformações físicas, ou mesmo sinais de envelhecimento, etc.), "defeitos de caráter" (ex. imperfeições, vícios, registo criminal, divórcio, tratamento de doenças mentais, desemprego, tentativas de suicídio, etc.) e os de origem "étnica ou tribal" (ex. raça, etnia, religião ou mesmo gênero, etc.). Categorias que,

atualizadas, descrevem “atributos” que resultam de características físicas, psicológicas e socioculturais (Marichal & Quiles, 2000 cit. in López et al., 2008). É de referir, ainda, a possibilidade de sobreposição de estigmas ou “marcas”, sendo que muitas pessoas pertencem a vários grupos ou categorias estigmatizadas e nem sempre é fácil determinar a categoria que desencadeia o tratamento discriminatório (Goffman, 1963).

- Visibilidade do Estigma - A visibilidade de uma característica sujeita a estigma é, sem dúvida, um fator crucial e gerador de óbvias desvantagens. Enquanto algumas pessoas com uma qualquer deformidade física dificilmente a podem esconder, outras podem, mais facilmente, ocultar ou disfarçar o seu estigma, entre elas as pessoas com doença mental (Goffman, 2001). Ainda assim, vejamos o caso de ex-pacientes de instituições psiquiátricas que se depararam com a necessidade de reentrar no mercado de trabalho e se vêm obrigados a divulgar a sua história clínica. Em situações como esta, evitamento, fuga ou dissimulação, são estratégias frequentes adotadas como forma de lidar com o sofrimento proveniente dos olhares preconceituosos (Tadvald, 2007).
- Processo de Avaliação Social - Goffman (1963) é claro quanto ao sentido da imposição do estigma: ele é atribuído por “pessoas normais” e sujeito a um processo de avaliação coletiva. Entende-se, então, que no processo de estigmatização exista uma diferenciação depreciativa e intolerância (Goffman, 1963). Definições posteriores a Goffman, como as de Stafford e Scout (1986, cit. in Geidel, 2005), propõem uma visão de estigma como características contrárias às normas e unidade social, definindo “norma” como as crenças comuns de conduta num determinado espaço e por um determinado tempo. Guimarães e Ferraz (2002) defendem que a essência do estigma é a construção da atribuição de desvio, distanciamento do ideal ou das expectativas sociais. O estigma é, então, considerado um fenómeno que muda, de maneira radical, o modo como os indivíduos se vêm a si mesmos ou como são vistos.

Observamos, então, que este fenómeno social complexo, resumido no conceito e no processo de estigma, reúne bases biológicas, psicológicas e sociais, afetando, de forma abrangente, não apenas a pessoa, mas a dinâmica funcional das sociedades atuais e as relações que a maioria das pessoas estabelece com determinados grupos e pessoas (Haghighat, 2001).

Nesta perspetiva importa introduzir, diferenciar e clarificar os conceitos de estigma público e de autoestigma. A distinção entre ambos é importante para compreender a vivência do processo de estigmatização e explicar e construir estratégias para mudar o estigma e a forma como este é vivenciado pelas pessoas com doença mental (Corrigan & Watson, 2002).

No caso específico da pessoa com doença mental, o “estigma público” corresponde à reação da população geral relativamente a pessoas com doença mental, exprimindo-se na perda de *status* e discriminação provocada por estereótipos negativos existentes relativamente à doença (Corrigan & Watson, 2002).

Por sua vez, o “autoestigma” corresponde ao preconceito que as pessoas com doença mental passam a aplicar a si próprias. O autoestigma é apresentado como uma interiorização do estigma público (Corrigan & Watson, 2002), podendo ser visto como uma consequência do mesmo.

Como demonstrado na **Figura 3**, onde apresentamos o impacto do estigma público e do autoestigma na pessoa com doença mental, estereótipos, preconceitos e discriminação manifestam-se de forma diferente dependendo da natureza pública ou internalizada do estigma.

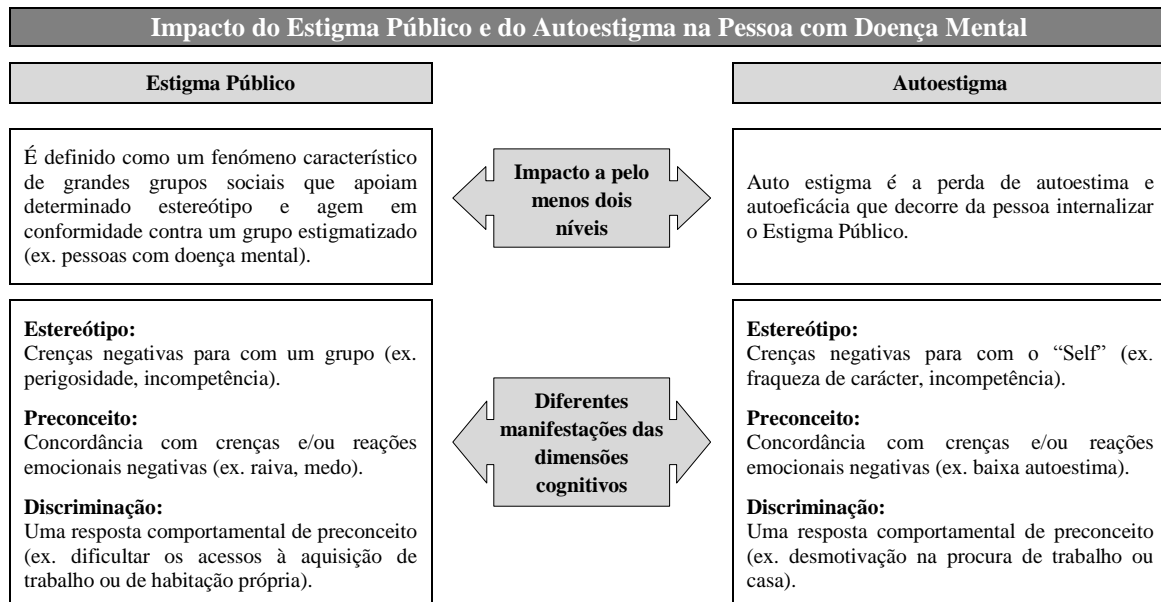


Figura 3 - Impacto do Estigma Público e do Autoestigma na Pessoa com Doença Mental (Adap. Corrigan & Watson, 2002, 2007)

1.2.3. Consequências do Estigma

A literatura atual revela que o estigma dirigido à doença mental determina várias consequências, tanto ao nível interno como externo. O impacto psicológico e emocional do processo de estigmatização dá origem a repercussões negativas evidentes na qualidade de vida dos sujeitos afetados (Graf et al., 2004). O evitamento da procura de ajuda e da utilização dos serviços de saúde mental, assim como a não adesão ao tratamento são alguns dos efeitos do receio de discriminação (Markowitz, 1998, cit. in Sirey et al., 2001).

Segundo Corrigan (2004), o problema do estigma e a sua relação com a procura de tratamento, pode também diferir mediante o diagnóstico. Por exemplo, são verificados níveis mais altos de estigma público em relação a grupos de pessoas com perturbações psicóticas, comparativamente a outros grupos com ansiedade ou depressão (Angermeyer & Matschinger, 2003).

Como efeitos externos do estigma, encontram-se as dificuldades de acesso à habitação, à educação, ao emprego, entre outras oportunidades a que todos os cidadãos deveriam ter acesso (Klein et al., 2008). No que concerne às interações sociais, Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, e Kubiak (2003, cit. in Barbosa, 2010) afirmam que a doença mental está muitas vezes associada a perigosidade

e o indivíduo com perturbação mental é frequentemente considerado responsável pela sua incapacidade. Esta atribuição de responsabilidade pode conduzir a sentimentos negativos perante a pessoa com doença mental, bem como a hesitação em situações onde a pessoa precise de auxílio. Segundo Klein e colaboradores (2008, cit. in Barbosa, 2010) podem mesmo verificar-se consequências relacionadas com o sistema de justiça criminal e com o acesso a serviços gerais de saúde. Link e Phelan (2001) observam mesmo a influência sobre os próprios fatores económicos, pelo facto de se destinar menos dinheiro à pesquisa e tratamento de doenças psiquiátricas comparativamente a outras doenças, como o cancro. Em última análise, consequências que se repercutem nas comunidades e na economia dos países.

Do ponto de vista da pessoa com doença mental, experienciar o estigma e a discriminação, pode aumentar os níveis de *stress* e angústia, conduzindo a uma diminuição do funcionamento psicossocial (Sokratis, Lyons & Finlay, 2005, cit. in Barbosa, 2010). Podem surgir sentimentos de raiva, tristeza e desencorajamento e conseqüentemente depressão, ansiedade e baixa autoestima, aspetos que irão contribuir para a diminuição do investimento por parte do próprio doente no seu processo de *recovery*¹ (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001). Num estudo de Klein e colaboradores (2008), os resultados demonstraram existir uma relação direta entre a percepção do estigma e a capacidade de autoeficácia.

As consequências do estigma não se limitam à pessoa com perturbação psiquiátrica, mas estendem-se, também, à sua esfera de relacionamentos próximos. A este fenómeno Goffman chamou *estigma associativo*.

Como vimos anteriormente, o estigma propicia a exclusão social e discriminação de pessoas que são afetadas direta ou indiretamente pela doença mental, assumindo-se como uma enorme barreira para a qualidade de vida das pessoas com doença mental e dos seus familiares, por vezes até mais importante do que a própria doença (WHO, 2003; Arboleda-Flórez, 2005, cit. in Barbosa, 2010). Corrigan, Edwards, Green, Diwan, e Penn (2001) consideram que a distância social é uma das principais consequências do estigma, que consiste no facto de as pessoas se quererem afastar dos indivíduos com doença mental bem como pessoas com doença mental adotarem estratégias de fuga, interagindo apenas com aqueles que sabem e aceitam a sua doença.

As consequências diretas de uma visão negativa e errada da doença mental são evidentes e constituem, claramente, grandes obstáculos ao processo de *recovery*. Por uma questão de organização, apresentamos esquematicamente (**Quadro 1**) algumas das principais consequências do estigma, revistas na literatura consultada e acima exposta.

¹ O conceito de *recovery* é multidimensional (Marques, 2007, cit. in Barbosa, 2010). Segundo Fisher (2006), a visão do *recovery* é a de que, com suporte, a pessoa com doença mental pode viver plenamente integrado na sociedade sem sofrer efeitos de estigma e discriminação.

Quadro 1 – Síntese das Principais Consequências do Estigma

Consequências Internas (Psicológicas)	Consequências Externas (Sociais)
<ul style="list-style-type: none">• Sentimentos de vergonha;• Menor autoeficácia;• Isolamento social, desesperança e risco de suicídio;• Adiar a procura de ajuda piorando situações clínicas, por vezes, facilmente controláveis;• Não adesão ao tratamento (ex., à medicação, risco de recaídas e deterioração das capacidades; etc.).	<ul style="list-style-type: none">• Isolamento e exclusão social;• consequências nas famílias e sociedade;• dificuldade de acesso a tratamento, reduzidas estruturas de apoio comunitário, falta de formação especializada dos técnicos, violação dos direitos humanos, falta de interesse político.• redução no acesso à habitação, à educação, ao emprego, entre outras oportunidades que todos os cidadãos deveriam ter acesso.

1.3. O Papel do Género sobre as Percepções de Estigma na População Geral

De acordo com o revisto na literatura e já explorado neste documento, o estigma é mediado por vários fatores de ordem psicológica, sociológica e cultural. A importância de perceber estes fatores, nomeadamente, o papel desempenhado pelo género na percepção e vivência do estigma, centra-se na necessidade premente de adequar as intervenções dirigidas à sua diminuição, identificando características associadas ao processo de estigmatização.

Neste sentido, Corrigan e Watson (2007) estudaram a influência do género, etnia e nível de educação no estigma relacionado com a doença mental. Os autores refletiram sobre o impacto destas características sociodemográficas, apresentando algumas investigações com conclusões interessantes do ponto de vista descritivo. Particularmente, no que diz respeito aos efeitos do género, os autores apresentam estudos cujos resultados variam de acordo com a representação do estigma em termos de atitudes ou comportamento discriminatório. Especificamente, Corrigan e Watson (2007) exploram um estudo de Farina (1998) que conclui que as mulheres têm menos tendência para adotar comportamentos discriminatórios do que os homens e aceitam com mais facilidade as pessoas com perturbações mentais, revelando menos propensão para o estigma. Na sua investigação, Corrigan e Watson (2007), na sua amostra de 968 participantes, chegam à mesma conclusão de que as mulheres têm menos tendência a ser estigmatizantes do que os homens, expressando mais sentimentos de pena e vontade de ajudar e menos culpabilização pela doença, assim como evitamento das pessoas com doença mental.

Apesar de serem poucas as investigações dirigidas especificamente à análise da variável género, alguns estudos têm corroborado os resultados acima expostos, demonstrando que a população do sexo feminino tem, em geral, menos propensão para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos estigmatizantes face à doença mental, em comparação com a população do sexo masculino.

Num estudo feito em 2005, Gonzalez, Alegria e Prihoda examinam a forma como as atitudes face à doença mental variam segundo o género e a etnia, numa amostra epidemiológica de âmbito nacional com 5877 participantes, distribuídos de acordo com as idades. Os autores confirmam a sua hipótese inicial de que os homens têm atitudes menos positivas em relação à procura de ajuda/tratamento, assim como ao tratamento da doença mental

Savrun e colaboradores (2007) estudaram os efeitos do género sobre as atitudes em relação às pessoas com doença mental, numa amostra de estudantes universitários turcos (N=700); os seus resultados demonstraram que os estudantes do sexo feminino apresentam atitudes menos estigmatizantes, nomeadamente, ao nível da perigosidade relacionada a pessoas com perturbação mental, quando comparadas com os alunos do sexo masculino. Os autores referem que estas diferenças podem ser explicadas pelo carácter mais otimista que as mulheres apresentam em relação ao tratamento da doença mental, preconizando atitudes menos estigmatizantes face a esta problemática.

No seguimento desta primeira tentativa de compreensão da temática do estigma na doença mental, com a evolução do conceito, a caracterização do processo envolvido e o esclarecimento das principais consequências, assim como o papel desempenhado pelo género na mediação das perceções, surge a necessidade de explorar, mais especificamente, o contexto dos profissionais de saúde e dos estudantes, concretamente, por serem o público-alvo deste estudo e pelo impacto das suas atitudes nas pessoas com doença mental.

CAPÍTULO 2 – Estigma em Estudantes e Profissionais de Saúde

O presente estudo procura avaliar a percepção dos estudantes de medicina face à doença mental e o contributo da formação académica especializada, assim, torna-se elementar a análise dos principais resultados da investigação sobre estigma em estudantes e profissionais de saúde, bem como do impacto de estratégias educacionais sobre a doença mental. Apresentaremos alguns dos estudos que incidem nesta temática. Relativamente ao contexto português, será feita uma breve descrição dos principais estudos e intervenções destinadas à redução do estigma face à doença mental.

2.1. Investigação sobre Estigma em Estudantes e Profissionais de Saúde

Da constatação de Goffman (1963) sobre a pobreza de pesquisa acerca das condições estruturais do estigma surgiu a primeira indicação sobre a necessidade de procurar mais respostas e tentar trazer alguma contribuição sobre esta temática.

A este respeito e no âmbito da doença mental em particular, constatamos nos últimos anos uma abundante e, em geral, rica e estimulante produção científica que integra o trabalho de diferentes disciplinas e grupos de investigação internacionais, ainda que a presença portuguesa seja, até agora, muito limitada ou, em determinadas áreas, mesmo inexistente.

De certa forma, todos os tipos de doença são estigmatizantes em potencial e em proporções diferentes. Embora alguns estudos incidam sobre o estigma associado a perturbações mentais específicas, a maioria dos pesquisadores optaram por aglomerar os diferentes diagnósticos numa expressão única e pomposa “pessoas com doença mental” (Mann & Himelein, 2004). Assim, é evidente a falta de informação sobre os diferentes efeitos do estigma em pessoas com diferentes perturbações mentais, o que poderá representar um olhar redutor uma vez que é muito pouco provável que pessoas com diferentes perturbações mentais enfrentem as mesmas atitudes estigmatizantes e reajam à discriminação de maneira igual (Mann & Himelein, 2004).

Nesta linha de pensamento, com o objetivo primordial de melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas pela doença mental e também, de uma forma mais abrangente, mudar a mentalidade da sociedade face a este fenómeno, contribuindo para uma melhoria da consciência cívica dos indivíduos, torna-se pertinente, ou até mesmo imperativo, estudar o enquadramento do estigma no contexto profissional de saúde, especificamente na classe médica e aspirantes a tal.

Assim, partindo da premissa de que a qualidade da informação disponível à população, afeta a prevalência das atitudes estigmatizantes e discriminatórias, tentamos compreender o impacto efetivo de estratégias educacionais relacionadas com o estigma na doença mental.

Procurando avaliar a presença de estigma em futuros técnicos de saúde mental, Sadow e Ryder (2008) observaram uma amostra de 57 alunos de enfermagem, aos quais tinha sido instituído curricularmente a disciplina de “Doença Mental”. Os alunos foram divididos em dois grupos, ambos recebendo formação teórica, mas apenas um dos grupos teve contacto direto com pessoas com doença mental, que partilharam experiências e conhecimentos sobre diversos temas. As conclusões sugeriam que o contacto com as pessoas com doença mental influenciava as atitudes dos técnicos de saúde, registando-se uma alteração positiva nas percepções destes alunos. Comparativamente, os estudantes sem este contacto, não apresentaram alterações, continuando a refletir comportamentos discriminatórios face aos sujeitos com doença mental.

Kerby, Calton, Dimambro, Flood e Glazebrook (2008) utilizaram dois filmes anti estigma realizados em parceria com organizações de saúde mental de Nottingham. O primeiro filme visualizado pelos estudantes foi o “*Human Experience*” que tinha a duração de 15 minutos. O seu conteúdo descrevia as experiências de três profissionais de saúde mental depois de lhes ter sido diagnosticada uma doença mental grave (psicose, esquizofrenia e depressão grave respetivamente), focando, em particular, as suas experiências face ao estigma e à discriminação. Relativamente ao segundo filme, A “*Day in the Mind of...*”, com a duração de 12 minutos, realizado por utentes de um serviço comunitário de Saúde Mental (*Housing Association Nottingham*), que adota a perspetiva de uma pessoa com doença mental e da sua experiência de psicose ao longo de um dia habitual. Os resultados revelaram que as atitudes dos alunos foram atenuadas, provando que, nesta intervenção, os filmes mostraram ser eficazes na redução da perigosidade percebida pelos alunos face aos sujeitos com doença mental.

Face aos resultados descritos e atendendo às recomendações, empiricamente testadas, de diferentes autores, procuramos descrever no **Quadro 2** as principais sugestões encontradas para a implementação de estratégias específicas e adequadas que objetivam a redução do estigma na doença mental, em particular entre os profissionais de saúde.

A continuidade dos estudos nesta área bem como a análise e consideração das estratégias e recomendações descritas poderá revelar-se de grande importância na prevenção de atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde em geral e dos profissionais de saúde mental em particular.

Quadro 2 - Recomendações para a Redução do Estigma em Profissionais de Saúde

Estratégias Recomendadas	Autores de Referência
Maior especificidade das intervenções (ex. na esquizofrenia; na depressão; etc.). As intervenções anti estigma devem considerar a variação do estigma em função das diferentes perturbações.	Crisp, Gelder, Goddard, & Meltzer, 2005; Üçok, 2007; Thornicroft, Rose, & Mehta, 2010.
Direcionar as intervenções para populações alvo específicas (ex. campanhas dirigidas a crianças e adolescentes; polícia; profissionais na área da saúde, etc.) não se baseando simplesmente nos modelos, saberes e linguagem dos <i>experts</i> .	Crisp et al., 2005; Üçok, 2007; Loureiro, Mateus, & Mendes, 2009; Thornicroft et al., 2010.
Providenciar os profissionais de saúde com informação atualizada sobre a eficácia de tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos e dos índices de recuperação na saúde mental.	Llerena, Cáceres, & Peñas-LLedó, 2002; Feldmann, 2005; Thornicroft et al., 2010.
Maior reflexão aquando da elaboração dos programas curriculares das disciplinas, considerando a integração de conhecimento e investigação da área da saúde mental (ex. formações de carácter opcional ao longo de todos os anos de formação).	Llerena et al., 2002; Ogunsemi, Odusan, & Olatawura, 2008; Boyle et al., 2010.
Favorecer a maior visibilidade e perceção positiva da psiquiatria como importante especialidade médica nas escolas de medicina (em particular ao longo dos primeiros anos de formação).	Feldmann, 2005
Estágios/Internatos com maior diversidade de experiências (ex. em geriatria; psiquiatria forense; toxicoddependência) promovendo um contacto com a realidade e abrangência clínica (ex. pode ser alcançado com rotatividade dos estágios/internatos; investigação).	Llerena et al., 2002; Feldmann, 2005.
Apostar em programas/atividades/campanhas anti estigma de duração mais longa. A maior duração das atividades potencia resultados mais estáveis e efetivos (ex. a <i>World Psychiatric Association</i> iniciou o “ <i>Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia</i> ” em 1999).	Llerena et al., 2002; Üçok, 2007.
Incentivar o contacto direto com a “realidade da saúde mental” (ex. convívio com pessoas com diferentes tipos de doença mental; maior ênfase à “psiquiatria em ambulatório”; etc.).	Feldmann, 2005; Ay, Save, & Fidanoglu, 2006.
Criação de <i>workshops</i> educacionais, de curta duração, direcionados preferencialmente a grupos de formação pequenos. Aplicação de métodos educacionais atrativos e estimulantes (ex. vídeos de sensibilização).	Pinfold et al., 2003; Üçok, 2007; Kerby et al., 2008; Boyle et al., 2010.

2.1.1. Diferenças de Género nas Perceções de Estigma em Estudantes e Profissionais de Saúde

Ramírez, Santos e Becerra (2007) procuraram descrever as atitudes em relação à doença mental e explorar possíveis diferenças relativamente ao género e nível de educação em profissionais de saúde de Bucaramanga, na Colômbia. Este estudo demonstrou que os participantes do género masculino tendem a apresentar posições mais favoráveis do que os participantes do sexo feminino, cujas atitudes se apresentam mais pessimistas em relação à doença mental.

Os resultados do estudo acima referido (Ramírez, Santos & Becerra, 2007) contrariam a maioria dos encontrados nas investigações relativas à população geral, descritos no ponto 1.3. do presente documento, diferenciando-se, também, das restantes publicações revistas neste ponto,

respeitando os estudantes e profissionais de saúde, não tendo sido encontrados mais estudos em que os homens tivessem atitudes mais positivas.

Assim, contrariamente ao anterior, outros estudos demonstraram que os participantes do sexo feminino revelam, de uma forma geral, atitudes mais positivas, ou seja, menos estigmatizantes, do que os participantes do sexo masculino. Passamos a descrever algumas das investigações em que o gênero dos participantes é analisado e apresenta resultados mais favoráveis entre as mulheres.

Neste âmbito, Lauber, Nordt, Braunschweig e Rössler (2006) desenvolveram um estudo bastante interessante em que utilizaram uma vinheta com o relato da história de uma pessoa com vários níveis de sintomas psiquiátricos, assim como um inquérito em que era pedido que quantificassem numa escala de *Likert* a forma como as pessoas com doença mental diferiam da população em geral no que respeita a 12 estereótipos. Estes instrumentos foram aplicados a uma amostra de 1073 profissionais de saúde mental da parte alemã da Suíça, para avaliar as suas atitudes em relação às pessoas com doença mental, quando comparadas com resultados da população geral. Os autores não encontraram diferenças significativas entre os profissionais de saúde mental e a população geral no que se refere aos estereótipos “perigosidade”, “altamente competente” e “estranho”. No que concerne aos profissionais de saúde, os investigadores concluem que as mulheres, em comparação com os homens, vêm as pessoas com doença mental como mais “criativas”, mais “competentes” e menos “socialmente perturbadoras”. Além disso, apontam os psiquiatras como o grupo de profissionais com atitudes mais estigmatizantes, comparativamente aos psicólogos, enfermeiros e outros terapeutas.

Por outro lado, Munro e Baker (2007) estudaram especificamente a classe dos profissionais de enfermagem (N = 140), com o objetivo de compreender e avaliar as atitudes dirigidas aos utentes dos serviços de saúde mental, concluindo que, de uma forma geral, as atitudes são positivas, mas que há diferenças significativas entre homens e mulheres, tendo estas últimas menos tendência para atitudes e comportamentos estigmatizantes.

Relativamente aos profissionais de saúde não graduados, isto é, os estudantes, Boyle e os seus colaboradores (2010) optaram por avaliar as atitudes, em alunos dos três anos de seis áreas diferentes das ciências da saúde de uma Universidade da Austrália (N = 548), com relação a pacientes com deficiência mental, abuso de substâncias e com doença mental grave, utilizando o instrumento *Medical Condition Regard Scale*. Os resultados demonstraram que os estudantes têm mais consideração pelos pacientes com deficiência mental e menos consideração pelas pessoas com abuso de substâncias. Além disso, as análises feitas evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os cursos, anos do curso e o gênero dos participantes, relativamente à condição médica de deficiência mental. No que diz

respeito às diferenças de género, os autores referem que as mulheres apresentam níveis mais altos de consideração do que os homens.

Ay, Save e Fidanoglu (2006) questionaram numa amostra de 452 estudantes, do segundo ano e do sexto ano, das três faculdades públicas de medicina de Istambul, no sentido de explorar as atitudes dos estudantes de medicina em relação às pessoas com doença mental e perceber o impacto da formação nas atitudes, avaliando os alunos do segundo ano e comparando com os do último ano. Os autores concluíram que as atitudes dos alunos melhoraram ao longo da formação, tanto nos participantes do sexo feminino como nos do sexo masculino, sendo que estes tendem a manter atitudes mais negativas do que as mulheres.

2.2. Estigma e Perturbação Mental – Investigação no Contexto Português

A análise do sistema de saúde mental em Portugal mostra alguns aspetos positivos na evolução das últimas décadas. Em 1996, o governo português aprovou a um plano nacional para a saúde mental, cujos objetivos principais eram a elaboração de nova legislação no campo da saúde mental, o desenvolvimento duma rede nacional de serviços locais de saúde mental, a substituição gradual de hospitais psiquiátricos por serviços comunitários e por departamentos de psiquiatria e saúde mental em hospitais gerais, e o desenvolvimento dos serviços de reabilitação psicossocial. Em 1998, uma nova lei da saúde mental foi retificada. Concomitantemente, foi aprovada outra legislação relativa à colaboração do setor da saúde com serviços sociais e organizações não governamentais para o desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial (Oliveira & Filipe, 2009). Mais recentemente, foi criado o Conselho Nacional de Saúde Mental e definido o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008).

Embora passos estruturais importantes tenham sido dados, são ainda escassos os estudos e programas que objetivam a compreensão e prevenção do estigma em Portugal.

Neste contexto, importa referir o estudo de Campos e Palha (2009) que procurou analisar as percepções dos estudantes universitários face à doença mental, realizando um estudo com 100 alunos (de psicologia, direito, economia e enfermagem). Os resultados desta pesquisa demonstraram que a maior parte dos alunos considera as pessoas com doença mental perigosas e incapazes, ou seja, com menos competências de controlo devido à sua condição. Concluiu-se ainda que os alunos apresentam percepções estigmatizantes, salientando-se os alunos de direito, com as percepções mais negativas dirigidas a pessoas com esquizofrenia, e os alunos de enfermagem, que expressaram atitudes mais negativas dirigidas a pessoas com perturbações alimentares.

Procurando estudar a literacia em saúde mental numa amostra de 617 estudantes de três escolas do 2º e 3º ciclos e do ensino secundário da Região Centro de Portugal, Loureiro e colaboradores (2009), objetivaram avaliar os níveis de literacia em saúde mental ao nível das perturbações depressivas e da esquizofrenia, quanto ao seu reconhecimento, causas associadas, tratamentos adequados, prognóstico, comportamentos de procura de ajuda e distância social; procuraram, também, avaliar as crenças acerca dos doentes e das doenças mentais; e identificar os fatores que estão associados à literacia em saúde mental. Os principais resultados indicam que os níveis de literacia relativamente à depressão e esquizofrenia são reduzidos, ao nível do reconhecimento, identificação, etiologia, tratamentos e prognóstico. Ainda de acordo com o mesmo estudo de Loureiro e colaboradores (2009), os maiores obstáculos à procura de ajuda profissional devem-se ao estigma e à discriminação sociais ligados à doença mental, sendo esta associada pelos adolescentes a indicadores de fraqueza pessoal e a crenças de incurabilidade.

Num estudo de Marques, Barbosa e Queirós (2010), com o objetivo de conhecer e comparar as atitudes face à doença mental por parte de futuros profissionais de saúde (643 estudantes dos cursos de medicina, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e enfermagem), através do *Attribution Questionnaire – AQ 27* (Corrigan et al., 2003, cit. in Marques et. al, 2010), foram encontrados valores de estigmatização, evidenciando a necessidade de se introduzirem alterações nos planos curriculares e métodos pedagógicos. Os autores constataram que os estudantes dos cursos de medicina, de psicologia, os estudantes do 1º ano e os estudantes sem familiares com doença mental apresentaram maior expressão de estigmatização, traduzida sobretudo em pena, coação, perigosidade, evitamento e medo, bem como em segregação e irritação. A estigmatização parece diminuir ao longo do curso e estar associada ao pouco contacto com pessoas com doença mental.

Neste seguimento, de acordo com o relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007), o sistema de saúde mental em Portugal tem vindo a evoluir positivamente nas últimas décadas, particularmente no que respeita à legislação de saúde mental.

A descentralização dos cuidados de saúde mental e o desenvolvimento de programas e estruturas de reabilitação psicossocial são aspetos a destacar na progressão do nosso país. Podemos, atualmente, encontrar intervenções quanto às respostas residenciais e sócio ocupacionais de primeira linha em várias instituições/associações que defendem os cuidados continuados integrados na saúde mental.

Alguns exemplos do que se faz por cá podem ser encontrados na Associação para o Estudo e Integração Psicossocial (AEIPS), vencedora do Prémio Gulbenkian Beneficência 2011, reconhecida pelo trabalho desenvolvido ao longo de 25 anos na promoção da participação e integração social das

peças com doença mental e, em particular, pela implementação do projeto “Casas Primeiro” que permitiu a 65 pessoas com doença mental, em situação de sem-abrigo, a oportunidade de viver de forma estável em apartamentos individualizados e integrados na cidade de Lisboa, colocando o acesso à habitação como ponto de partida de toda a intervenção.

Instituições como a Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA), com uma importância estratégica dentro do movimento da renovação das práticas da reabilitação psiquiátrica e da saúde mental em geral, em Portugal; a Associação Nova Aurora na Reabilitação e Reintegração Psicossocial (ANARP), no Porto, que intervém na reabilitação e reinserção de jovens e adultos com doença mental e objetiva a desinstitucionalização, a reabilitação, a valorização sociofamiliar, o combate ao estigma social, a reintegração e a inserção profissional; ou ainda a associação Grupo de Ação Comunitária (GAC), de Lisboa, cujo principal objetivo é promover a reabilitação e integração social de pessoas com deficiências na área da saúde mental e dar apoio às suas famílias; propõe criar e manter estruturas residenciais e centros de atividades ocupacionais, promover ações de apoio às famílias, qualificação e integração profissional e criação de “empresas sociais”, facilitar o desenvolvimento de competências sociais das pessoas com deficiências na área da Saúde Mental e promover a formação e integração socioprofissional, bem como, formação específica dos técnicos na área da reabilitação.

Um outro interessante exemplo de intervenção é o Observatório Hospitalareiro de Reabilitação, da Congregação das Irmãs Hospitalareiras do Sagrado Coração de Jesus, que procura ser um catalisador de atividades e promotor de redes de colaboração e cooperação no âmbito da Reabilitação Psicossocial. Um dos objetivos prioritários da Congregação é proporcionar às pessoas acolhidas nos seus estabelecimentos uma assistência e cuidados de saúde integrais. Promovem ainda projetos assistenciais desde a prevenção à reabilitação e reinserção socioprofissional, bem como o compromisso com a qualidade, a formação, a docência e a investigação.

Sem dúvida que assistimos a uma evolução nos serviços de saúde mental, mas a mudança de atitudes dos profissionais e do público em geral é inevitável e necessária. Parece pois, indispensável encontrar respostas menos centradas nos contextos institucionais e que reflitam maior abrangência, inovação e criatividade interventiva.

Nesta perspectiva, uma simples ou mesmo exaustiva pesquisa em Portugal encaminha-nos para a "ENCONTRAR+SE", uma Instituição Particular de Solidariedade Social, de utilidade pública, sem fins lucrativos, que surge da necessidade de desenvolver soluções para as dificuldades encontradas no desenvolvimento, implementação, avaliação e investigação de respostas adequadas às exigências das pessoas com doença mental. Sumariamente, este projeto procura contribuir de forma ativa na

reabilitação psicossocial das pessoas com perturbação mental grave, através de iniciativas ligadas à formação, intervenção, avaliação e investigação, minimizando a comprovada falta de respostas a nível nacional.

Esta instituição iniciou a investigação das perceções dos estudantes de medicina face à doença mental com um estudo de Pinhal (2010), em que foi avaliado o impacto da “Residência em Psiquiatria”, numa amostra de 41 alunos, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os alunos homens e as mulheres, mas com uma redução marginalmente significativa entre os dois momentos de avaliação.

Neste contexto, a ENCONTRAR+SE (www.encontrarse.pt) está, também, ativamente envolvida na luta contra o estigma e a discriminação de pessoas afetadas pela doença mental, através do desenvolvimento e implementação da Campanha Anti estigma / Pró Saúde Mental denominada de Movimento UPA - Unidos Para Ajudar, cujo mote é “Levanta-te contra a discriminação das doenças mentais”. O Movimento UPA procura de forma responsável e construtiva levar as pessoas a dar o pequeno passo que fará toda a diferença no entendimento e aceitação das doenças mentais. Este “levanta-te contra” é tanto dirigido às pessoas que não aceitam, adiam, negam e vivem em sofrimento por causa de uma doença mental, como para qualquer pessoa que ainda lida mal com esta realidade.

Desde 2007, que a ENCONTRAR+SE tem vindo a implementar diferentes projetos no âmbito do Movimento UPA (Unidos Para Ajudar) – a primeira campanha anti estigma portuguesa:

- UPA 08 – Uma música para a Saúde Mental - Foi o primeiro projeto do Movimento UPA e teve a duração de um ano durante o qual foram produzidos 13 filmes, 13 cartazes e 10 músicas. A *Marktest* avaliou o impacto deste projeto (considerando apenas as campanhas na TV e imprensa) e registou que, entre Dezembro de 2007 e Outubro de 2008, 68,52% dos indivíduos residentes em Portugal Continental e com mais de 15 anos, foram expostos à campanha pelo menos uma vez.
- UPA Faz a Diferença – Ações de Sensibilização Pró Saúde Mental - Projeto dirigido aos jovens, alunos do ensino secundário, com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos, que teve como objetivo geral contribuir para o aumento do conhecimento sobre questões de saúde mental, no sentido de, por um lado incentivar a procura precoce de ajuda e diminuir atitudes estigmatizantes e discriminatórias e, por outro lado, sensibilizar para a necessidade de promoção da saúde mental (Campos et al., 2012).
- UPA Informa – Website de informação sobre saúde mental - Partindo da escassez de informação de qualidade existente em Portugal, sobre temas relevantes da área da saúde/doença mental, o UPA INFORMA é um *website* de conteúdos informativos diversos, relacionados com a saúde/doença mental, que tem como objetivos disponibilizar e divulgar informação diversificada de qualidade; esclarecimento de dúvidas por profissionais de saúde; e disponibilizar um "Fórum de Partilha", promovendo deste modo o combate ao estigma através da informação.

Em suma, explorar os principais resultados da investigação sobre a presença de estigma em estudantes e nos profissionais de saúde, com particular atenção às diferenças de género e ao contexto português, conduz-nos a pensar no que ainda pode ser feito em termos de melhor intervir. Pretendemos, neste sentido, contribuir com o estudo empírico que se apresenta seguidamente.

II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

Investigar para Melhor Intervir

CAPÍTULO 3 – Pertinência e Concetualização do Estudo Empírico

O grupo alvo deste estudo são os alunos universitários do curso de medicina, pelo facto de se encontrarem num período de vida sensível, propício à aquisição de conhecimentos permitindo, assim, uma atuação anterior à consolidação de estereótipos (ENCONTRAR+SE). Dados da literatura sugerem que o estigma associado a problemas de saúde mental surge em idade precoce (European Commission & Portuguese Ministry of Health, 2010), não obstante, esta parece ser uma fase de desenvolvimento na qual as atitudes são mais flexíveis, podendo e devendo ser alteradas mais facilmente (Ay et al., 2006) pela importância da educação médica nas atitudes em relação à doença mental (Mino, Yasuda, Kanazawa, & Inoue, 2000), pelo que é formalmente aconselhado que as instituições responsáveis pela formação dos médicos adotem políticas anti discriminatórias e campanhas de alerta (Royal College of Psychiatrists, Royal College of Physicians of London, & British Medical Association, 2001; Ogunsemi et al., 2008).

Mais especificamente, procura-se estudar os alunos de medicina uma vez que “para atacar o estigma e a discriminação é necessária uma abordagem em diversos níveis, nomeadamente a educação dos profissionais em saúde” (OMS, 2001). Este grupo de estudantes surge, assim, com uma responsabilidade acrescida, uma vez que serão parte fundamental do tratamento e recuperação das pessoas com doença mental. Por conseguinte, torna-se fundamental a avaliação da perceção e dos conhecimentos face à doença mental, clarificando as necessidades específicas de intervenção.

Importa, ainda, salientar que o presente estudo se enquadra numa segunda fase da investigação “Perceção dos estudantes de Medicina face à doença mental”, da Associação ENCONTRAR+SE, em curso desde 2009, altura em que foi realizado um estudo piloto com vista a aferir a escala MICA e fazer uma primeira avaliação do impacto que a residência em psiquiatria pode ter na perceção que os alunos de medicina têm face à doença mental e à psiquiatria (ENCONTRAR+SE; Pinhal, 2010). Assim, justifica-se esta etapa da investigação pela importância da continuidade do projeto, explorando mais concretamente a forma como a perceção dos alunos de medicina varia de acordo com o género dos participantes, identificando possíveis diferenças. Objetiva-se, ainda, uma contribuição para a validação da MICA para a população portuguesa.

3.1. Definição de Objetivos e Operacionalização das Variáveis

De acordo com o exposto, o objetivo geral do presente estudo é analisar e avaliar a perceção que os alunos de medicina apresentam face à doença mental e à psiquiatria, explorando possíveis diferenças de género, comparando perceções de estudantes do sexo feminino com as de estudantes do

sexo masculino. Objetiva-se uma melhor compreensão desta população e contribuir favoravelmente para intervenções mais efetivas e adequadas à realidade do estigma na doença mental em Portugal.

Pretende-se, deste modo, atingir os seguintes objetivos específicos:

- Descrever a percepção face à doença mental e à psiquiatria numa amostra de estudantes de medicina de faculdades portuguesas;
- Explorar o impacto do género na percepção dos alunos de medicina face à doença mental e à psiquiatria, analisando possíveis diferenças;
- Comparar a percepção dos alunos em função de um conjunto de características sociodemográficas.

Para responder aos objetivos traçados e numa tentativa de simplificar, reduzindo ao mínimo a abstração entre o modelo concetual apresentado e os dados resultantes do estudo empírico, optou-se por analisá-los estabelecendo diferentes etapas. As variáveis estudadas encontram-se articuladas no modelo concetual esquematizado na **Figura 4**.

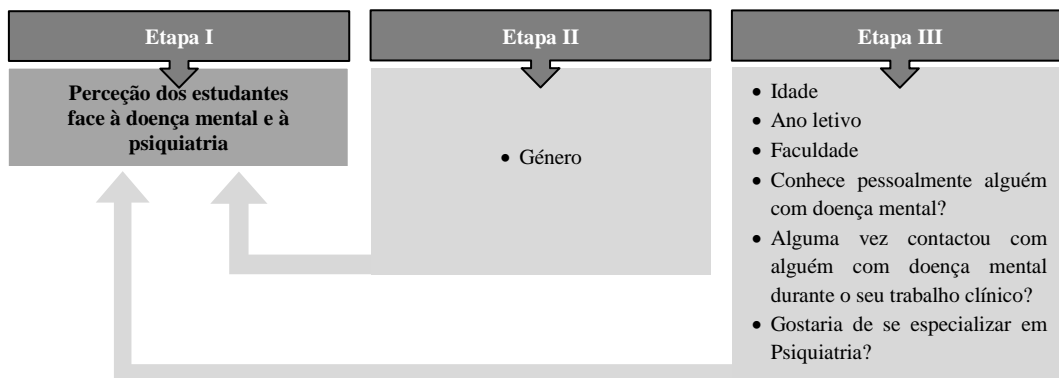


Figura 4 – Modelo Concetual das Relações entre as Variáveis Analisadas no Estudo Empírico

Na primeira etapa, objetiva-se conhecer qual o tipo e dinâmica dos indicadores (*score* global e análise por item da MICA) de percepção face à doença mental e psiquiatria, determinando a incidência e prevalência dos mesmos, com vista a uma caracterização dos indicadores de percepção de estigma dos participantes.

Na segunda etapa, os indicadores de percepção face à doença mental e à psiquiatria serão considerados em função do género da amostra, tentando assim averiguar diferenças e possíveis padrões característicos de cada sexo.

No que concerne à terceira etapa, procura-se atingir uma visão integradora dos dados sociodemográficos, tentando conhecer as ligações entre as suas características e os indicadores de percepção face à doença mental e à psiquiatria.

3.2. Método

De acordo com o exposto, a corrente investigação, na sua globalidade, obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur & Schmelkin, 1991, cit. in Canavarro, 1999), também designado por estudo exploratório descritivo (Achenbach, 1978, cit. in Canavarro, 1999) uma vez que se pretendeu avaliar e descrever a percepção que os alunos de medicina apresentam face à doença mental e à psiquiatria, assim como analisar as associações existentes entre os diferentes indicadores de percepção e as variáveis demográficas.

3.2.1. Questões de investigação

No seguimento dos objetivos delineados, trataremos o estudo com base nas seguintes questões de investigação:

Questão 1: Os estudantes de medicina manifestam atitudes estigmatizantes face à doença mental e à psiquiatria?

Questão 2: Há diferenças entre os alunos do sexo feminino e os alunos do sexo masculino ao nível da percepção de estigma face à doença mental e à psiquiatria (*score* global da MICA)?

Questão 3: Há diferenças entre as características sócio-demográficas dos participantes (Idade, faculdade, conhecer alguém com doença mental, contacto com alguém com doença mental e intenção de especialização em psiquiatria) ao nível da percepção de estigma face à doença mental e à psiquiatria?

3.2.2. Instrumento

O instrumento utilizado para a presente investigação foi a tradução portuguesa da versão 2.0 da *Mental Illness: Clinician's Attitudes Scale* – MICA (Kassam et al., 2010).

A MICA² foi desenhada para ser aplicada junto de técnicos de saúde, incluindo estudantes de medicina com experiência clínica, tendo demonstrado ser um instrumento válido e fiável na avaliação da percepção que os estudantes de medicina apresentam em relação à doença mental (Kassam et al., 2010).

A escala de avaliação referida encontra-se dividida em duas partes: a primeira é organizada pelo preenchimento e descrição de características demográficas dos participantes (faculdade, ano letivo, idade, preenchimento do questionário pela 1ª ou 2ª vez, género, etnia, área da medicina em que gostaria de se especializar, conhece pessoalmente alguém com doença mental e alguma vez contactou com alguém com doença mental durante o seu trabalho clínico); a segunda parte diz respeito às afirmações sobre as atitudes dos participantes face à doença mental e à psiquiatria, a qual é constituída por 16 itens de autopreenchimento, de tipo *Likert*, com respostas que vão desde o 1 (concordo totalmente) ao 6 (discordo totalmente).

A cotação é realizada pela soma dos valores correspondentes a cada resposta, atendendo à necessidade de recodificar itens (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 e 15) formulados em sentido inverso, o que significa que são cotados de forma invertida, ou seja, em que o valor 6 corresponde ao discordo totalmente e o valor 1 ao concordo totalmente. Desta forma, a pontuação mínima é 16 e a máxima 96, sendo que resultados mais baixos representam percepções menos estigmatizantes face à psiquiatria e à doença mental.

3.2.3. Descrição dos Procedimentos de Recolha de Dados

Num momento inicial, foram estabelecidos os primeiros contactos, via telefone, com os responsáveis das Associações de Estudantes de sete Faculdades de Medicina do país com o objetivo de apresentar brevemente o estudo e avaliar o interesse e disponibilidade das mesmas em colaborar no projeto de validação da MICA.

Posteriormente, foi enviada às Associações de Estudantes das Faculdades que manifestaram interesse em participar no estudo, uma mensagem eletrónica com as informações e indicações necessárias para a divulgação do estudo no maior número possível de meios (*newsletter*, *website*, *facebook*). Esta mensagem incluía, ainda, o texto a divulgar pelos alunos de Medicina, o qual fazia uma breve alusão aos objetivos do projeto, à confidencialidade dos resultados, bem como uma

² Para um acesso mais prático a MICA encontra-se disponível no site da ENCONTRAR+SE (www.encontrarse.pt), em “Investigação e Avaliação”, “Projetos em curso”, onde se encontra um *link* “Preencha aqui o seu inquérito”, ou através do *link* direto: <http://ask-itupafad.encontrarse.pt/Inquiry/Inquiry.aspx?PublicationId=57aeaf67-7696-4088-962b-f6d19c7fc4bc>.

explicação dos procedimentos para preenchimento do questionário. Juntamente com esta informação foi enviado o *link* direto para acesso ao questionário *online*.

O processo de recolha de dados decorreu durante 1 mês, entre os dias 15 de Março e 15 de Abril de 2012, período após o qual foi vedado o acesso ao questionário *online* e enviada uma mensagem eletrónica de agradecimento às Associações de Estudantes pela disponibilidade e colaboração no projeto.

3.2.4. Tratamento Estatístico dos Dados

Depois de uma organização prévia dos dados, foi construída a base de dados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, fazendo-se o seu estudo e utilizando como apoio teórico o “Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM®SPSS®” (Martins, 2011).

De forma a garantir uma leitura simplificada dos resultados procedeu-se à introdução dos mesmos normalizando as pontuações dos itens invertidos da MICA, conforme descrito anteriormente.

Para a caracterização das variáveis existentes e estudo dos seus efeitos foram inicialmente realizadas análises descritivas, com as respetivas medidas de tendência central e de dispersão de cada variável.

Devido ao desenho da investigação, a análise dos efeitos de interação entre variáveis foi avaliada separadamente para os indicadores de perceção da doença mental e psiquiatria, relação com o género dos participantes e, posteriormente, para as diferentes variáveis demográficas.

Procurando encontrar diferenças significativas entre as variáveis consideradas, utilizaram-se diferentes procedimentos, dependendo da natureza das variáveis: testes *t de Student* para amostras independentes ou de *Mann-Whitney*, quando há violação dos pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos; assim como *Análises de Variância (ANOVA)* ou *Testes de Kruskal-Wallis* para o estudo de variáveis com três ou mais grupos independentes.

3.2.5. Amostra

Dos procedimentos de recolha de dados resultaram as respostas de 119 estudantes de medicina de quatro faculdades de Portugal. A esta base de dados inicial, foram eliminados os dados de quinze

participantes devido a respostas nulas, como a omissão de respostas, deixando o ficheiro de dados com uma amostra de 104 participantes, 25 do sexo masculino e 79 do sexo feminino.

Para o presente estudo, por ser objetivada a análise das diferenças de género, optámos por seleccionar uma subamostra constituída pela totalidade dos participantes do sexo masculino e emparelhá-los com 25 participantes do sexo feminino, definindo uma amostra mais homogénea em função das características convenientes para as questões de investigação.

Neste seguimento, no **Quadro 3** procede-se à análise descritiva da amostra, de acordo com a primeira parte da MICA, em que são recolhidas as características sociodemográficas dos participantes.

		N (50)	(%)
Género	Masculino	25	50.0
	Feminino	25	50.0
Idade	Menos de 22 anos	23	46.0
	Com 22 anos ou mais	27	54.0
Etnia	Caucasiana	50	100.0
Ano Letivo	1º Ano	8	16.0
	2º Ano	2	4.0
	3º Ano	12	24.0
	4º Ano	12	24.0
	5º Ano	2	4.0
	6º Ano	14	28.0
Faculdade	Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho	6	12.0
	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra	3	6.0
	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	34	68.0
	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa	7	14.0
Conhece pessoalmente alguém com doença mental?	Sim	42	84.0
	Não	8	16.0
Alguma vez contactou com alguém com doença mental durante o seu trabalho clínico?	Sim	39	78.0
	Não	11	22.0
Gostaria de se especializar em Psiquiatria?	Sim	6	12.0
	Não	44	88.0

Assim, a amostra final foi constituída por 50 alunos, distribuídos igualmente pelos dois sexos, de etnia caucasiana, que frequentam o curso de Medicina em quatro Instituições de Ensino Superior de Portugal. A Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa é a instituição com maior número de participantes (34 alunos), perfazendo 68% da amostra. São abrangidos todos os anos letivos do curso

de medicina, sendo o 3ºano (24%), 4ºano (24%) e 6ºano letivo (28%) os grupos com maior representatividade.

As idades dos sujeitos variam entre 18 e 33 anos, sendo a média de 22.46 anos (DP = 3.23). As idades estão organizadas em duas categorias, sendo o grupo com maior expressão o dos participantes com 22 ou mais anos (54%).

De todos os inquiridos verifica-se, também, que 78% já contactou com alguém com doença mental durante o seu trabalho clínico, sendo que 84% conhece pessoalmente alguém com doença mental.

Por último, referir que apenas uma minoria dos sujeitos estudados considera especializar-se em psiquiatria (12%), sendo que 88% dos indivíduos não pondera a especialização nesta área da medicina.

CAPÍTULO 4 – Apresentação dos Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no decorrer do presente estudo. Optamos por expor os resultados em função das etapas definidas no modelo conceptual anteriormente descrito.

4.1. Etapa I – Percepção dos Estudantes de Medicina face à Doença Mental e à Psiquiatria

O objetivo global desta etapa foi conhecer a percepção dos estudantes face à doença mental e face à psiquiatria, procurando avaliar a presença de atitudes estigmatizantes nos indivíduos estudados.

Como podemos constatar, pela análise do **Quadro 4**, as pontuações médias da MICA variaram entre o mínimo de 22 e o máximo de 50, sendo a média da pontuação global da MICA 36.42 (DP = 6.85).

Quadro 4 – Estatística Descritiva para a Pontuação Global da MICA

Score Global da MICA	
N	50
Mín.	22
Máx.	50
Média	36.42
DP	6.85

Pormenorizando esta análise descritiva a fim de concretizar uma primeira observação o mais completa possível, optámos por descrever as pontuações obtidas para cada item da MICA.

Neste seguimento, apresenta-se no **Quadro 5** a análise das pontuações médias por item da MICA, cujos resultados demonstram que os valores mais elevados e que melhor contribuem para o indicador global de estigmatização são os itens “6” (M = 2.98; DP = 1.35), “7” (M = 3.60; DP = 1.33) e “10” (M = 2.88; DP = 1.48). Opostamente, os indicadores com menor expressão de estigmatização são os itens “8” (M = 1.54; DP = .79), “9” (M = 1.56; DP = .93) e “11” (M = 1.36; DP = .53).

Desta forma, as percepções mais negativas revelam que os alunos tendem a desvalorizar o papel dos cuidadores (familiares ou amigos de pessoas com doença mental), considerando que os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam (Item 6); evidenciam algum receio na eventual exposição da sua condição de saúde, na medida em que se tivessem uma doença mental, nunca o diriam a nenhum dos colegas de trabalho (Item 7) e propensos a atitudes de

evitamento uma vez que não se sentem tão confortáveis a falar com uma pessoa com doença mental comparativamente com uma pessoa com doença física (Item 10).

Quadro 5 – Estatística Descritiva para as Pontuações por Item da MICA

Itens	N	Mín.	Máx.	Média	DP
1 Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.	50	1	5	1.94	1.15
2 As pessoas com doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.	50	1	4	2.06	.99
3 A psiquiatria é tão científica quanto outras áreas da medicina.	50	1	6	2.72	1.49
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.	50	1	6	2.86	1.34
5 As pessoas com doença mental grave são, a maior parte das vezes, perigosas.	50	1	4	1.82	.75
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).	50	1	6	2.98 ^(*)	1.35
7 Se eu tivesse uma doença mental, nunca o diria a nenhum dos meus colegas de trabalho porque teria medo de ser tratada(o) de forma diferente.	50	1	6	3.60 ^(*)	1.33
8 Ser psiquiatra não é o mesmo que ser um verdadeiro médico.	50	1	4	1.54 ^(**)	.79
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.	50	1	6	1.56 ^(**)	.93
10 Sinto-me, igualmente, confortável a falar com uma pessoa com doença mental, ou com uma pessoa com doença física.	50	1	6	2.88 ^(*)	1.48
11 É importante que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com doença mental avalie a saúde física dessa pessoa.	50	1	3	1.36 ^(**)	.53
12 As pessoas em geral não precisam de ser protegidas das pessoas com doença mental grave.	50	1	6	2.46	1.09
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.	50	1	5	2.14	.90
14 Não é esperado que os clínicos gerais realizem uma avaliação minuciosa das pessoas com sintomas psiquiátricos uma vez que estas podem ser encaminhadas para um psiquiatra.	50	1	5	2.38	1.19
15 Utilizaria o termo "louco", "maluco", "doido" etc. para descrever, aos meus colegas, pessoas com doença mental que tenha visto na enfermaria.	50	1	5	2.28	1.49
16 Se algum(a) dos(as) meus(minhas) colegas me dissesse que tinha doença mental, eu continuaria a querer trabalhar com ele(a).	50	1	5	1.84	.98

^(*) Itens com valores mais altos

^(**) Itens com valores mais baixos

As atitudes menos negativas referem o reconhecimento do psiquiatra como um verdadeiro médico (Item 8); a responsabilidade em tratar as pessoas com doença mental de forma justa, não seguindo instruções contrárias de um superior (Item 9) e o reconhecimento que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com doença mental deve avaliar a saúde física dessa pessoa (Item 11), sendo este o item com menor pontuação e maior concordância nas respostas, ou seja, em que todos os inquiridos assinalaram respostas de 1 (Concordo totalmente) a 3 (Concordo pouco), demonstrando não haver grande discrepância de opiniões.

É de salientar, contrariamente ao item analisado anteriormente, a grande amplitude nas respostas à maioria dos itens, uma vez que a maior parte das respostas varia entre o mínimo de 1 (concordo totalmente) e o máximo de 5 (discordo) ou 6 (discordo totalmente), evidenciando atitudes e comportamentos pouco consensuais entre os participantes que, conforme descrito, apresentam

opiniões díspares em relação à doença mental e à psiquiatria, de acordo com o avaliado na maioria dos itens.

4.2. Etapa II: Relação entre os Indicadores de Percepção face à Doença Mental e à Psiquiatria e o Sexo dos Participantes

Na segunda etapa de observação e análise dos resultados obtidos, procurou-se descobrir possíveis diferenças de gênero em relação aos indicadores de percepção face à doença mental e à psiquiatria, cruzando a variável “Sexo” com o *score* global da MICA e com os 16 itens que compõe o questionário. Esta análise possibilita a identificação e caracterização das diferenças encontradas.

Neste âmbito, no **Quadro 6** encontram-se os resultados obtidos no estudo das diferenças entre sexo, onde se pode verificar através do *Teste t para Amostras Independentes* que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no *score* global da MICA [$t(48) = 1.53$; $p = .133$] entre os alunos homens ($M = 37.88$; $DP = 7.51$) e as mulheres ($M = 34.96$; $DP = 5.90$).

Quadro 6 – Estudo das Diferenças (T-Test; U – Mann-Whitney) na MICA em função da Variável “Sexo”

	Masculino (N=25)		Feminino (N=25)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Score Global	37.88	7.51	34.96	5.90	1.53	.133
	Média (DP)		Média (DP)		<i>U</i>	<i>p</i>
Itens						
1^(*)	2.24 (1.20)	1.64 (1.04)	205.50	.026 (***)		
2	2.24 (1.05)	1.88 (.93)	250.50	.190		
3	2.48 (1.19)	2.96 (1.72)	273.00	.428		
4	2.96 (1.43)	2.76 (1.27)	290.50	.661		
5	1.92 (.81)	1.72 (.68)	273.00	.377		
6	3.24 (1.30)	2.72 (1.37)	232.00	.102		
7	3.76 (1.39)	3.44 (1.26)	262.00	.315		
8	1.72 (.84)	1.36 (.70)	231.50	.071		
9	1.56 (.65)	1.56 (1.16)	268.50	.325		
10	2.60 (1.32)	3.16 (1.60)	257.50	.271		
11	1.48 (.59)	1.24 (.44)	247.00	.123		
12	2.52 (1.16)	2.40 (1.04)	285.00	.550		
13^(**)	2.52 (1.01)	1.76 (.60)	174.50	.004 (***)		
14	2.60 (1.12)	2.16 (1.25)	226.00	.063		
15	2.32 (1.63)	2.24 (1.39)	312.00	.992		
16	1.72 (.84)	1.96 (1.10)	275.50	.429		

(*) **Item 1** “Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.”
(**) **Item 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.”
(***) $p \leq .05$

No entanto, a análise por item demonstrou existirem diferenças significativas entre sexos em dois itens específicos: no “Item 1” ($U = 205.50$; $p = .026$), em que os alunos do sexo masculino ($M =$

2.24; DP = 1.20), comparativamente com os alunos do sexo feminino (M = 1.64; DP = 1.04), são os que mais referem aprender psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação, admitindo não ser um tema sobre o qual tenham interesse em pesquisar; assim como no “Item 13” ($U = 174.50$; $p = .004$) onde os homens (M = 2.52; DP = 1.01), em comparação com as mulheres (M = 1.76; DP = .60), são os que mais concordam com a afirmação “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.”.

4.3. Etapa III: Relação entre os Indicadores de Percepção face à Doença Mental e à Psiquiatria e as Características Sociodemográficas dos Participantes

Nesta segunda etapa, serão descritos os resultados obtidos nas análises das características sociodemográficas dos participantes (“Idade”, “Ano Letivo”, “Faculdade”, “Conhece pessoalmente alguém com doença mental?”, “Alguma vez contactou com alguém com doença mental durante o seu trabalho clínico?”, “Gostaria de se especializar em psiquiatria?”), inquiridas na primeira parte da MICA, em função dos indicadores de percepção face à doença mental e à psiquiatria (*score* global da MICA e análise por item).

Iniciando esta fase da investigação com o estudo das diferenças entre os dois grupos de idades, assim organizados a fim de homogeneizar as distribuições da amostra, foi realizado um *Teste T para Amostras Independentes* para o *score* global da MICA, onde não foram encontradas diferenças significativas ao nível das pontuações globais da MICA em função dos grupos de idades [$t(48) = .47$, $p = .643$]. Estes resultados não significativos repetem-se na análise por item, através do *Teste de Mann-Whitney*, o que nos permite concluir que não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de idades ao nível da percepção face à doença mental e à psiquiatria conforme avaliada pelos 16 itens da MICA.

No que respeita ao estudo da variável “Ano Letivo” importa referir que, com o objetivo de equilibrar as distribuições da amostra, os dados foram agrupados em duas categorias: alunos do 1º, 2º e 3º anos letivos (N = 22) e alunos do 4º, 5º e 6º anos letivos (N = 28).

Assim, podemos perceber que ao nível do *score* global da MICA não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de ano letivo (**Quadro 7**).

Apesar disso, a análise por item identificou diferenças significativas no “Item 8” ($U = 209.50$, $p = .027$), em que os alunos do 4º, 5º e 6º anos letivos (M = 1.75; DP = .89) relatam um maior nível de concordância com a afirmação “Ser psiquiatra não é o mesmo que ser um verdadeiro médico.”, revelando atitudes significativamente mais estigmatizantes do que os alunos do 1º, 2º e 3º anos (M =

1.27; DP = .55). Este resultado corrobora a análise das médias dos dois grupos, em que os estudantes dos últimos anos demonstram ter atitudes mais negativas do que os alunos dos primeiros anos.

Quadro 7 – Estudo das Diferenças (T-Test; U - Mann-Whitney) na MICA em função da Variável “Ano Letivo”

	1º, 2º e 3º Anos Letivos (N = 22)		4º, 5º e 6º Anos Letivos (N = 28)		t	p
	M	DP	M	DP		
<i>Score Global</i>	35.59	6.40	37.07	7,22	-.76	.453
	Média (DP)		Média (DP)		U	p
Item 8 (*)	1.27 (.55)		1.75 (.89)		209.50	.027 (**)

(*) “Ser psiquiatra não é o mesmo que ser um verdadeiro médico.”
(**) $p \leq 0.05$

Procurámos igualmente tentar perceber eventuais diferenças na percepção de estigma em função das instituições de ensino superior abrangidas pela amostra. A *Análise de Variância* (ANOVA) feita para o *score* global da MICA mostrou não existirem diferenças significativas [$F(3,46) = .15, p = .928$]. A análise por item feita pelo *Teste de Kruskal-Wallis* revelou, igualmente, a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes das quatro Faculdades.

No que se refere ao impacto de conhecer pessoalmente alguém com doença mental na percepção dos alunos, verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os alunos que conhecem e os que não conhecem, tanto para a pontuação global da MICA [$t(48) = .43, p = .671$] como para a análise por item.

Quadro 8 – Estudo das Diferenças (T-Test; U - Mann-Whitney) na MICA em função da Variável “Alguma vez contactou com alguém com doença mental durante o seu trabalho clínico?”

	Sim (N = 39)		Não (N = 11)		t	p
	M	DP	M	DP		
<i>Score Global</i>	36.51	6.99	36.09	6,60	-.18	.859
	Média (DP)		Média (DP)		U	p
Item 6 (*)	3.23 (1.35)		2.09 (.94)		112.50	.012 (**)

(*) “Os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas com doença mental que tratam, comparativamente aos seus cuidadores.”
(**) $p \leq 0.05$

Relativamente ao estudo dos resultados em função da variável “Alguma vez contactou com alguém com doença mental durante o seu trabalho clínico?” (**Quadro 8**), verificou-se não existirem

diferenças estatísticas significativas quando considerada a pontuação global da MICA [$t(48) = -.18$; $p = .859$], sendo que os dois grupos apresentam pontuações médias equivalentes.

Quando consideradas as pontuações por item, observam-se diferenças estatisticamente significativas para o “Item 6” ($U = 112.50$; $p = .012$) em que o grupo de alunos com experiência de contacto profissional com pessoas com doença mental ($M = 3.23$; $DP = 1.35$) manifesta maior percepção dos psiquiatras como mais conhecedores da vida das pessoas com doença mental que tratam, do que os seus cuidadores, comparativamente ao grupo de estudantes que diz nunca ter contactado com alguém com doença mental durante o seu trabalho clínico ($M = 2.09$; $DP = .94$).

No que respeita à análise da questão “Gostaria de se especializar em Psiquiatria?” (**Quadro 9**), não se observam diferenças estatisticamente significativas para o *score* global da MICA [$t(48) = .16$; $p = .875$] em função de querer ou não a especialização em psiquiatria.

Quadro 9 – Estudo das Diferenças (*T-Test*; *U - Mann-Whitney*) na MICA em função da Variável “Gostaria de se especializar em Psiquiatria?”

	Sim (N = 6)		Não (N = 44)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
<i>Score Global</i>	36.00	9.23	36.48	6,59	.16	.875
	Média (DP)		Média (DP)		<i>U</i>	<i>p</i>
Item 1 (*)	1.17 (.41)		2.05 (1.18)		68.00	.040 (**)

(*) “Aprendo psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.”
(**) $p \leq 0.05$

Relativamente à análise por item podemos verificar que há diferenças significativas no “Item 1” (“Aprendo Psiquiatria apenas porque faz parte da avaliação e não é um tema sobre o qual me interessa pesquisar mais.”), $U = 68.00$; $p = .040$, sendo os alunos que não demonstram interesse pela especialização em psiquiatria ($M = 2.05$; $DP = 1.18$) o grupo que apresenta valores de percepção de estigma mais elevados, comparando com os estudantes que manifestam interesse nessa especialização ($M = 1.17$; $DP = .41$).

CAPÍTULO 5 – Discussão dos Resultados

Mediante o enquadramento teórico desenvolvido nos primeiros capítulos deste estudo, com base na revisão da literatura relevante encontrada, procede-se agora à discussão dos resultados, proporcionando, assim, a reflexão necessária à integração da informação já existente com os resultados alcançados nesta investigação.

Do estudo da percepção geral dos estudantes de medicina face à doença mental e à psiquiatria, definida como a primeira etapa desta investigação, podemos realçar a média da pontuação global da MICA ($M = 36.42$; $DP = 6.85$) como um valor bastante próximo dos encontrados por outros autores (Kassam et al., 2010; Pinhal, 2010), que assumem as suas pontuações como indicadores da presença de estigma, ou seja, que as percepções dos alunos de medicina face à doença mental e à psiquiatria confirmam a presença de atitudes estigmatizantes, tal como são avaliadas por este instrumento.

Conforme descrito, a pontuação global obtida, embora ligeiramente inferior, vai ao encontro dos resultados encontrados no estudo de Kassam e colaboradores (2010), que recorrem, igualmente, à utilização da MICA para avaliar as percepções dos estudantes de medicina e onde se registam pontuações globais médias de referência de teste e reteste de 37,9 e 37,7 respetivamente. É também interessante comparar os resultados obtidos, nesta segunda fase da investigação, com os da já referida primeira fase (Pinhal, 2010), em que o valor médio do *score* global da MICA foi de 36,58 ($DP=7,32$), indubitavelmente semelhantes, o que poderá permitir uma confirmação do nível de confiança do instrumento em causa, demonstrando ser uma ferramenta consistente, válida e confiável.

Neste contexto e respondendo à primeira questão de investigação, será importante reter que os resultados obtidos parecem confirmar a presença de estigma nos estudantes de medicina, corroborando com outros já explorados em capítulos anteriores (Boyle et al., 2010; Marques et al., 2010; Pinhal, 2010; Campos e Palha, 2009; Kerby et al., 2008; Ay et al., 2006; Llerena et al., 2002).

No que diz respeito à segunda etapa da investigação, relativa à relação entre o género e os indicadores de percepção face à doença mental e à psiquiatria, não foram encontradas diferenças significativas no *score* global da MICA, o que poderá ter sido influenciado pelo tamanho reduzido da amostra. Ainda assim, a análise por item revelou diferenças significativas em dois itens, em que os homens apresentaram níveis mais elevados de estigma, em comparação com os participantes do sexo feminino.

Neste sentido, procurando responder à segunda questão do nosso estudo, poderemos dizer que, embora não tenham sido detetadas diferenças significativas nas pontuações globais, os resultados

obtidos parecem apontar para a existência destas diferenças ao nível do género, testáveis, possivelmente, em amostras maiores, mais homogêneas e representativas da população em estudo.

A influência do género nas atitudes perante a doença mental tem sido testada, levando a diferentes resultados. Conforme revisto anteriormente, há estudos em que não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres (Pinhal, 2010; Addison & Thorpe, 2004). Por outro lado, há investigações cujos resultados vão ao encontro dos obtidos no presente estudo, apontando para a presença de atitudes mais positivas nas mulheres (Boyle et al., 2010; Munro & Baker, 2007; Ay et al., 2006; Lauber et al., 2006). Não se encontraram estudos que revelassem atitudes mais positivas em homens, o que nos faz supor que eventuais características da personalidade feminina, bem como a possível influência do papel de cuidadora, socialmente adotado pela maioria das mulheres, poderão fundamentar o aparente padrão de atitudes face à doença mental apresentado pelos elementos do sexo feminino.

Relativamente à terceira fase desta pesquisa, foi analisada a relação entre as características sociodemográficas dos participantes, como o ano letivo, o facto de conhecer ou ter tido algum contacto profissional com alguém com doença mental, ou de querer a especialização em psiquiatria, e os indicadores de percepção face à doença mental e à psiquiatria. De uma forma geral, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de cada uma das variáveis e a pontuação global da MICA, no entanto, especificamos esta análise com o estudo dos itens, onde se encontraram diferenças pontuais que passamos a explorar.

O presente estudo não identifica diferenças conclusivas ao nível da idade com relação à percepção face à doença mental. No entanto, a literatura existente, relativamente à influência da idade difere em termos de conclusões. Há estudos que descrevem os indivíduos mais novos com atitudes manifestamente mais positivas perante a doença mental (Corrigan, Edwards et al., 2001), outros há que afirmam o contrário, ou seja, que as atitudes mais negativas que encontraram pertencem aos participantes mais novos do sexo masculino, defendendo que as atitudes melhoram com o passar da idade (Gonzalez et al., 2005). Apesar disso, é importante salientar que os indivíduos mais velhos que integraram o nosso estudo correspondem igualmente a uma faixa etária jovem e representam, em grande parte, a amostra que se encontra a finalizar a formação académica, pelo que seria vantajoso replicar este estudo numa amostra mais representativa da população em causa, os estudantes de medicina.

No que diz respeito às diferenças entre os primeiros e os últimos anos letivos, do curso de Medicina, embora se verifiquem valores médios diferentes (1º, 2º e 3º anos com Média de 35.59 e Desvio Padrão de 6.40; e 4º, 5º e 6º anos com Média de 37.07 e Desvio Padrão de 7.22), o indicador

global de percepção de estigma não se apresenta como significativamente diferente de acordo com os diferentes anos. Na análise por item verificamos que a única variação com relevância estatística ocorre no “Item 8”, em que os alunos dos últimos anos parecem concordar mais com a ideia de que o psiquiatra não é um verdadeiro médico, sugerindo maior percepção de estigma face à psiquiatria do que os alunos dos anos iniciais.

Considerando os resultados descritos para o “Item 8” e observando, ainda que sem relevância estatística, a variação das médias nos dois grupos de anos letivos, podemos pressupor uma baixa influência do curso de medicina e da formação aí decorrente no combate às atitudes e percepções estigmatizantes.

Seria de esperar que, à medida que aumenta a “formação acadêmica”, diminuísse a manifestação de percepções negativas face à doença mental, o que poderia ser explicado com o aumento do conhecimento, bem como, pelo aumento da diversidade de experiências ao longo da formação acadêmica. Face aos resultados obtidos, parece-nos natural reconhecer a necessária reflexão sobre a organização do curso de medicina, apelando à integração de estratégias específicas de educação que contemplem os conhecimentos, práticas e investigação da área da saúde mental.

Segundo Avanci, Malaguti e Pedrão (2002), os estudantes da área da saúde, ao ingressarem num curso superior, manifestam estereótipos e preconceitos que prevalecem na sociedade num dado momento e que podem influenciar a forma como futuramente interagem com os doentes. No entanto, através da formação adequada é possível alterar conceitos errôneos e por este motivo os autores salientam a importância de uma análise profunda aos planos de estudo dos cursos, que devem contribuir para a modificação de crenças, substituindo os mitos sobre a doença mental, por concepções precisas (Corrigan, River et al., 2001).

Desde há vários anos que se procura estudar e comprovar a influência de processos educativos na diminuição do estigma e da discriminação perante a doença mental (Corrigan, River et al., 2001). Estudos feitos com estudantes (Corrigan, River et al., 2001; Mino et al., 2000) e com a população em geral (Crisp et al., 2005) comprovam a importância de aspetos educativos gerais (nível de escolaridade) e específicos (participação em cursos, programas ou sessões informativas sobre a doença mental) na diminuição do estigma perante a doença mental.

Neste contexto, importa salientar que, apesar de termos participantes de quatro faculdades diferentes, este fator não se revelou preponderante nas análises efetuadas já que não registamos diferenças ao nível das instituições.

No que concerne ao efeito de conhecer ou não alguém com doença mental na percepção dos alunos de medicina, assumimos não haver diferenças entre quem tem familiaridade com esta problemática e quem não a tem, já que as médias dos dois grupos são bastante semelhantes.

Embora sem resultados esclarecedores sobre este efeito, a questão da familiaridade e o seu impacto no estigma é um tema recorrente na literatura. Segundo Holmes, Corrigan, Williams, Canar e Kubiak (1999), a familiaridade consiste no conhecimento e experiência que um indivíduo tem com a doença mental. Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan e Kubiak (2003) sugerem que este fator está intimamente relacionado com as respostas emocionais e os comportamentos discriminatórios e, neste sentido, afirma que as pessoas que apresentam maior contacto com a doença mental manifestam maior predisposição para ajudar a pessoa doente, sendo os comportamentos de evitamento significativamente reduzidos. Segundo os resultados encontrados por Corrigan e colaboradores (2003), a familiaridade encontra-se positivamente relacionada com a pena e negativamente relacionada com sentimentos de raiva e medo. Outros autores encontraram resultados que vão de encontro ao conceito de efeitos da familiaridade proposto por Corrigan e colaboradores (2003), como é o caso de Addison e Thorpe (2004), que afirma que pessoas com experiência prévia de contacto com a doença mental apresentam, na generalidade, atitudes mais positivas. Angermeyer, Matschinger, e Corrigan (2004), assim como Penn e Couture (2002) confirmam, igualmente, que aumentando a familiaridade, diminuiu o nível de estigma, de desejo de evitamento social e de percepção de perigosidade.

No entanto, num estudo de Corrigan, Lurie e colaboradores (2005), realizado com uma amostra de adolescentes, com o objetivo de validar os conhecimentos acerca do estigma para esta população, apresentam-se resultados diferentes dos encontrados na literatura para populações de adultos. Segundo este estudo, os adolescentes com mais familiaridade com a doença mental tendem a apresentar níveis superiores de estigma, contrariamente ao que acontece com adultos avaliados em estudos anteriores. Corrigan, Lurie e colaboradores (2005) e Crisp e colaboradores (2005), sugerem a necessidade de se realizarem mais estudos com adolescentes no sentido de se delinearem programas anti estigma de acordo com as suas crenças e atitudes perante a doença mental.

No que respeita ao estudo dos resultados em função do contacto profissional com alguém com doença mental, verificou-se não existirem diferenças significativas quando considerada a pontuação global do instrumento. No entanto, a análise por item revelou que os participantes que contactaram com alguma pessoa com doença mental, contrariamente ao esperado, demonstram níveis mais elevados de estigma, concordando com a ideia de que os psiquiatras sabem mais sobre os seus pacientes do que os seus cuidadores.

Estes resultados parecem ser contraditórios uma vez que os autores referem que o contacto com pessoas com doença mental é uma das melhores estratégias anti estigma (Corrigan & Watson, 2002),

Relativamente ao estudo das diferenças entre os participantes que têm vontade de se especializar em psiquiatria e os que não têm, embora não tenham sido encontrados resultados significativos no indicador global de estigma, a análise por item demonstrou que os alunos que não pretendem esta especialização, podem não apresentar interesse pelo tema, aprendendo sobre ele apenas por serem obrigados a isso. Estes dados parecem ser consistentes, apesar de não definirem diferenças entre quem gostaria da especialização em psiquiatria e quem não considera essa opção.

Contrariamente aos resultados obtidos no presente trabalho, Nordt, Rössler e Lauber (2006), num estudo sobre as atitudes dos profissionais de saúde mental em relação a pessoas com esquizofrenia e depressão major, os psiquiatras demonstraram ter mais estereótipos negativos do que a população em geral. O estudo conclui que o maior conhecimento dos profissionais de saúde mental, bem como a sua maior compreensão dos direitos individuais de cada utente, não implicam menos estereótipos negativos, nem favorecem a interação com pessoas com doença mental.

Em suma, respondendo à última questão de investigação, de uma forma geral, não foram encontradas diferenças significativas entre as características sociodemográficas dos participantes ao nível das percepções de estigma face à doença mental. Estas diferenças foram apenas pontuais em alguns dos itens avaliados para variáveis como o ano letivo, o contacto com pessoas com doença mental e a especialização em psiquiatria.

5.1. Considerações sobre a Metodologia Utilizada e suas Limitações

A importância deste estudo e dos seus resultados consiste sobretudo na contribuição exploratória que, por definição, objetiva a compreensão e predição dos fenómenos (Almeida & Freire, 2003) e não na capacidade para detetar acuradamente associações explicativas.

Possivelmente, devido ao reduzido tamanho da amostra acredita-se que o poder de deteção foi relativamente baixo. Neste sentido, não deverão descartar-se as variações e associações que não alcançaram significância neste estudo. Um próximo estudo com uma amostra mais representativa poderá conduzir a um maior aproveitamento e reflexão das pontuações da MICA.

O presente estudo assume-se como um contributo para a adaptação e validação da escala MICA, uma vez que esta foi traduzida e adaptada para utilização em Portugal. A referir, como

possível limitação, o facto de se tratar de um instrumento de autoavaliação e autopreenchimento, estando por isso sujeito a erros de interpretação, expectativas, mecanismos de defesa e de *coping* e a fatores de desejabilidade social (Almeida & Freire, 2003). Parece, porém, que o instrumento apresenta ganhos na facilidade de administração e por permitir uma avaliação rápida, fácil e adequada (avaliação global e por itens) aos objetivos propostos.

Pela análise diferenciada dos dados, ao longo de três etapas distintas, procurou-se estruturar e simplificar a análise e interpretação dos resultados, bem como o posterior enquadramento empírico dos dados. Por outro lado, os objetivos de estudo, a dimensão das variáveis analisadas e a preocupação com o controlo estatístico dos resultados, apoiaram uma análise dos dados delimitada ao estudo dos indicadores de estigma. Optou-se, então, por não se proceder a análises entre variáveis demográficas.

Apesar das limitações, estudos deste género representam uma importante contribuição para a avaliação dos serviços prestados, permitindo, pela análise dos resultados, definir novas e mais adequadas formas de atuação. Importa então referir que os resultados alcançados podem ter implicações pertinentes para o estabelecimento de programas de reestruturação e intervenção direcionadas à população em questão.

Do exposto, sugere-se para estudos futuros, a opção por uma metodologia de emparelhamento entre grupos de estudantes e respetivos controlos, permitindo uma maior segurança em determinar quais as diferenças que melhor refletem a realidade do estigma. Sugere-se, ainda, a possibilidade de testar diferentes estratégias de intervenção, objetivando encontrar meios eficazes de combate ao estigma nos alunos de medicina e nos profissionais de saúde em geral.

CONCLUSÃO

O principal objetivo do presente estudo foi o de avaliar a presença de atitudes estigmatizantes, bem como explorar possíveis diferenças de gênero e descrever o impacto das características sociodemográficas dos alunos de medicina e de possíveis associações, objetivando uma melhor compreensão desta população e contribuindo favoravelmente para intervenções mais efetivas e adequadas a esta realidade e contexto.

Numa perspectiva exploratória descritiva procurou-se conhecer, aprofundar e compreender possíveis indicadores de estigma face à doença mental e à psiquiatria que, compreensivelmente, influenciam o estado físico, emocional e o próprio desempenho dos indivíduos envolvidos. Subsequentemente, perspectivava-se demonstrar a importância do apoio e intervenção específica qualificada, como fonte de ajuda e suporte para enfrentar as dificuldades decorrentes do contacto com a área da saúde mental.

Tendo em linha de conta a literatura consultada, verifica-se que os resultados obtidos são consistentes com o referencial teórico das percepções de estigma face à doença mental associadas aos profissionais de saúde em geral e aos estudantes de medicina em particular. Ainda assim, seria expectável uma maior incidência e diversidade dos indicadores.

Os resultados encontrados apontam para uma probabilidade de encontrar atitudes estigmatizantes face à doença mental na população estudada, com particular incidência na desvalorização do papel dos cuidadores de pessoas com doença mental (Item 6); no medo da reação de um colega de trabalho se tivessem uma doença mental (Item 7); e no desconforto sentido ao falar com uma pessoa com doença mental (Item 10).

Foram ainda encontradas variações pontuais significativas dos indicadores de estigma em função das variáveis demográficas, contribuindo para uma melhor compreensão da multiplicidade de aspetos envolvidos. A presença de atitudes mais positivas nas mulheres (em dois dos itens do instrumento utilizado), a importância da familiaridade e do contacto com pessoas com doença mental e com a realidade da psiquiatria como formas de combater o estigma, são alguns dos resultados observados. A consciência destes resultados pode contribuir para dar ênfase à real necessidade de intervenção específica neste contexto.

Na comparação efetuada entre os grupos de anos letivos, os alunos dos últimos anos, ainda que sem relevância estatística, apresentaram uma tendência para médias mais altas de estigma, o que pode refletir a baixa influência do curso de medicina e da formação aí decorrente no combate às atitudes e percepções estigmatizantes. Se por um lado os estudantes dos primeiros anos, que iniciam a

sua formação acadêmica, poderão estar mais próximos da opinião do público em geral, por outro, os que terminam a licenciatura apresentam opiniões acerca da doença mental condicionadas pela própria formação; opiniões estas que deveriam contribuir para potencializar o tratamento da pessoa doente. Como referido anteriormente, as variações encontradas podem estar relacionadas com as poucas oportunidades criadas durante o curso para o contacto e a interação com a realidade da doença mental que, segundo Corrigan e Watson (2002) pode ter mais influência do que outros processos educativos e informativos.

Segundo o Livro Verde para a Saúde Mental, da Comissão das Comunidades Europeias (2005), prevê-se que mais de um em cada quatro adultos europeus sofra de perturbação mental, assumindo, desta forma, a saúde mental um estatuto de grande relevância para toda a sociedade, devendo assim ser alvo de debate no sentido de promoção da mudança.

Uma importante questão prende-se, então, com a relevância futura dos resultados encontrados. Aquando da discussão dos resultados obtidos, algumas considerações foram feitas sobre o suporte empírico que forneciam alguns dados teóricos. A este propósito, as implicações mais evidentes dos resultados alcançados apontam para a importância de redefinir e incentivar a novas estratégias de educação, junto dos cursos de medicina.

Para a progressiva evolução dos serviços de saúde mental é fundamental que se verifique a alteração de atitudes perante a doença mental, quer do público em geral quer dos próprios profissionais de saúde (Fazenda, 2008). A questão mais importante será a de saber como melhor contribuir para a prevenção e mudança das atitudes de estigma e para a eficácia da formação, rumo a esse objetivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addison, S. J., & Thorpe, S. J. (2004). Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Social and Psychiatric Epidemiology*, 39(3), 228-234.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Angermeyer, M., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 526-534. doi:10.1007/s00127-003-0676-6
- Angermeyer, M., Matschinger, H., & Corrigan, P. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175–182. doi: 10.1016/S0920-9964(03)00186-5
- Avanci, R. C., Malaguti, S. E., & Pedrão, L. J. (2002). Autoritarismo e benevolência frente à doença mental, estudo com alunos ingressantes no curso de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, 10(4), 509-515. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13362.pdf>
- Ay, P., Save, D., & Fidanoglu, O. (2006). Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? *Soc Psychiatr Epidemiol*, 41, 63-67. doi:10.1007/s00127-005-0994-y
- Barbosa, T. R. (2010). *Estigma face à doença mental por parte de futuros profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Boyle, M., Williams, B., Brown, T., Molloy, A., McKenna, L., Molloy, E., & Lewis, B. (2010). Attitudes of undergraduate health science students towards patients with intellectual disability, substance abuse, and acute mental illness: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 10(71). doi:10.1186/1472-6920-10-71
- Campos, L., & Palha, F. (2009). University students' perceptions about people with mental illnesses. Preliminary results of the first Portuguese survey. Poster apresentado no *Fourth International stigma Conference. Together Against Stigma*. Londres, 21 a 23 de Janeiro.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Lima, V. S., 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. Poster apresentado na *World Psychiatric Association - Thematic Conference 2011*.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Veiga, E., Lima, V. S., Costa, N., & Duarte, A. (2012). Upa Faz a Diferença – Ações de sensibilização pró saúde mental junto de jovens entre os 15 e os 18 anos: diferenças de género. In J. P. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, & S. Monteiro (Eds.), *Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas* (pp 53-59). Lisboa: Placebo Editora.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.
- Carneiro, M. S. (1984). *Loucura...* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Rolim.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro verde - Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas. Disponível em http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). Relatório - Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/01/relatorioplanoaccoservicossaudemental.pdf>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Resumo Executivo: Plano nacional de saúde mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

- Corrigan, P. (2004). *Beat the stigma and discrimination! Four lessons for mental health advocates*. Chicago: Center for Psychiatric Rehabilitation at Evanston Northwestern Healthcare and the Chicago Consortium for Stigma Research.
- Corrigan, P., Edwards, A., Green, A., Diwan, S., & Penn, D. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 219–225. Disponível em <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/>
- Corrigan, P., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179–190. doi:10.1016/j.appsy.2005.07.001
- Corrigan, P., Lurie, B., Goldman, H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *Psychiatric Services*, 56(5), 544-550. doi: 10.1176/appi.ps.56.5.544
- Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 44(2), 162–179. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/1519806>
- Corrigan, P., River, L., Lundin, R., Penn, D., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. (2001). Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2007). The stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439-458. doi: 10.1007/s10597-007-9084-9
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106-113. Disponível em <http://ukpmc.ac.uk/articles/PMC1414750/pdf/wpa040106.pdf>
- Crisp, A., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, H., & Rowlands, O. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7. doi:10.1192/bjp.177.1.4
- ENCONTRAR+SE [em linha]. Disponível em: <http://www.encontrarse.pt.> [Consultado em 07/10/2011].
- European Commission & Portuguese Ministry of Health. (2010). Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Better Mental Health and Well-being. *Report of the Thematic Conference Combating Stigma and Promoting Social Inclusion*. Lisboa, 8 e 9 de Novembro.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Feldmann, T. (2005). Medical Students' Attitudes Toward Psychiatry and Mental Disorders. *Academic Psychiatry*, 29(4), 354-356. Disponível em <http://ap.psychiatryonline.org>
- Fisher, D. (2006). A New Vision of Recovery: People can fully recover from mental illness. It is not a life-long process [Em linha]. Disponível em: http://www.power2u.org/articles/recovery/new_vision.html. [Consultado em 04/02/2012].
- Frey, R. (2008). Stigma. In L. Fundukian & J. Wilson (Eds.), *The Gale Encyclopedia of Mental Health* (2nded) (pp. 1104-1108). Estados Unidos: Thomson Gale.
- Geidel, A. (2005). *Estigma y Esquizofrenia: Qué Piensan las Personas Afectadas y sus Cuidadores*. Tese de Doutoramento em Medicina Legal, Toxicologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Granada.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes of the management of the spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall.
- Goffman, E. (2001). *Manicómios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva. Tenho versão traduzida nos marcadores da net (1961) Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.
- Gonzalez, J., Alegria, M., & Prihoda, T., (2005). How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults?. *Journal of Community Psychology*, 33(5), 611–629. Doi: 10.1002/jcop.20071

- Graf, J., Lauber, C., Nordt, C., Rüesch, P., Meyer, P., & Rössler, W. (2004). Perceived Stigmatization of Mentally Ill People and Its Consequences for the Quality of Life in a Swiss Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(8), 542-547. doi:10.1097/01.nmd.0000135493.71192.3a
- Guimarães, R., & Ferraz, A. (2002). A interface Aids, estigma e identidade – algumas considerações. *Revista Mineira de Enfermagem*, 6(1/2), 77-85.
- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatization: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 207-215. doi:10.1192/bjp.178.3.207
- Hinshaw, S. (2007). *The mark of shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. New York: Oxford University Press.
- Holmes, E., Corrigan, P., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 447-456. Disponível em <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>
- Kassam, A., Glozier, N., Leese, M., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1-9. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01562.x
- Kerby, J., Calton, T., Dimambro, B., Flood, C., & Glazebrook, C. (2008). Anti-stigma films and medical students' attitudes towards mental illness and psychiatry: randomized controlled trial. *Psychiatric Bulletin*, 32, 345-349. doi:10.1192/pb.bp.107.017152
- Klein, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R-D., Hayward, P., & Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 17(5), 482-491. doi: 10.1080/09638230701506283
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 51–59. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.*, 27, 363–385. Disponível em <http://www.arjournals.annualreviews.org>
- Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626. doi:10.1176/appi.ps.52.12.1621
- Link, B., Yang, L., Phelan, J., & Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Llerena, A., Cáceres, M., & Peñas-LLedó, E. (2002). Schizophrenia stigma among medical and nursing undergraduates. *Eur Psychiatry*, 17, 298-299. doi:S0924933802006727/COR
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Assoc. Esp. Neuropsiq.*, 28(101), 43-83.
- Loureiro, L., Mateus, S., & Mendes, M. (2009). Literacia em Saúde Mental: conceitos e estratégias para promoção da saúde mental de adolescentes em contexto escolar. Comunicação científica apresentada no *II Congresso de Investigação em Enfermagem Iberoamericano e de Países de Língua Oficial Portuguesa*, Coimbra.
- Mann, C., & Himelein, M. (2004). Factors Associated With Stigmatization of Persons With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 55(2), 185-187. doi: 10.1176/appi.ps.55.2.185
- Marques, A., Barbosa, T., & Queirós, C. (2010). O Estigma na Doença Mental Perspectivado por Futuros Profissionais de Saúde Mental. Poster apresentado no *III Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial*, Valladolid, 17 a 19 de Junho.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM®SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Mattos, G., & Neves, S. (2005). Discutindo a Diversidade Através da Literatura e de Filmes Infantis. *Revista Virtú*, 2, 1-14. Disponível em <http://www.ufjf.br/virtu/files/2010/04/artigo-2a30.pdf>
- Mino, Y., Yasuda, N., Kanazawa, S., & Inoue, S. (2000). Effects of Medical Education on Attitudes towards Mental Illness among Medical Students: a Five-year Follow-up Study. *Acta Med Okayama*, 54(3), 127-132.

- Munro, S., & Baker, J. A. (2007). Surveying the attitudes of acute mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 196–202.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714. doi:10.1093/schbul/sbj065
- Ogunsemi, O., Odusan, O., & Olatawura, M. (2008). Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Annals of General Psychiatry*, 7(15). doi:10.1186/1744-859X-7-15
- Oliveira, S., & Filipe, C. (2009). *Guia de Recursos de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental*. Caldas da Rainha: Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor.
- OMS (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. OMS. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>
- OMS (2005). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: Cuidar, sim – Excluir, não*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Disponível em http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615. Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/8/Patel0803.pdf>
- Penn, D., & Couture, S. (2002). Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 20–21.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 342-346. doi:10.1192/bjp.02.375
- Pinhal, A. (2010). *Percepção dos alunos de medicina face à doença mental: Estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada, Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Ramírez, L., Santos, S., & Becerra, L. (2007). Actitudes hacia el trastorno mental en un grupo de operadores de la salud (profesionales y tecnólogos) de la ciudad de Bucaramanga. *Med-UNAB*, 182-186.
- Royal College of Psychiatrists, Royal College of Physicians of London, & British Medical Association. (2001). *Mental illness: stigmatization and discrimination within the medical profession. Council Report (CR91)*. London: British Library Cataloguing.
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529–539. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Sadow, D., & Ryder, M. (2008). Reducing stigmatizing attitudes held by future health professionals: The person is the message. *Psychological Services*, 5(4), 362-372.
- Savrun, B., Arikian, K., Uysal, O., Cetin, G., Poyraz, B., Aksoy, C., & Bayar, R. (2007). Gender Effect on Attitudes Towards the Mentally Ill: A Survey of Turkish University Students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 44(1), 57-61.
- Sirey, J., Bruce, M., Alexopoulos, G., Perlick, D., Friedman, S., & Meyers, B. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery: Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52(12), 1615-1620. Disponível em <http://ps.psychiatryonline.org/>
- Tadvald, M. (2007). Marcas Sociais da Insanidade: Os Efeitos do Estigma para Ex-Internos de Instituições Manicomial. *Ártemis* 7, 69-78. Disponível em <http://132.248.9.1:8991/hevila/RevistaArtemis/2007/vol7/7.pdf>
- Thornicroft, G. (2006). *Actions speak louder... Tackling discrimination against people with mental illness*. London: Mental Health Foundation.
- Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: What can psychiatrist do? *Advances in Psychiatric Treatment*, 16, 53-59. doi:10.1192/apt.bp.107.004481
- UPA Faz a Diferença [Em linha]. Disponível em: <http://upafazadiferenca.encontrarse.pt/>. [Consultado em 24/02/2012].

- UPA Informa [Em linha]. Disponível em: <http://upainforma.encontrarse.pt/>. [Consultado em 24/02/2012].
- UPA 08 – Uma música para a Saúde Mental [Em linha]. Disponível em: <http://www.encontrarse.pt/Default.aspx?Tag=CONTENT&ContentId=2218>. [Consultado em 24/02/2012].
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Disponível em <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBHS.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). *Developing a Stigma Reduction Initiative*. Disponível em <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA06-4176/SMA06-4176.pdf>
- Üçok, A. (2007). Other People Stigmatize... But, What About us? Attitudes of Mental Health Professionals Towards Patients with Schizophrenia. *Archives of Neuropsychiatry*, 44, 108-116. Disponível em <http://www.noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/384/buyuk/108-116.pdf>
- WHO (2002). *Mental health: responding to the call for action (A55/18)*. Disponível em http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5518.pdf
- WHO (2003). *Advocacy for mental health*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/mental_health/resources/en/Advocacy.pdf
- WHO (2004). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- WHO (2008a). *Policies and practices for Mental Health in Europe - meeting the challenges*. Dinamarca: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf
- WHO (2008b). *Stigma: An International Briefing Paper - Tackling the discrimination, stigma and social exclusion experienced by people with mental health problems and those close to them*. Dinamarca: World Health Organization. Disponível em http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6422-Stigma_An_International_Briefing_Paper_2704.pdf