

ESTIGMA NA DOENÇA MENTAL: ESTUDO OBSERVACIONAL E PILOTO EM PORTUGAL

Mental illness stigma: an observational and pilot study in Portugal

Ricardo Miguel Vieira de São João

Escola Superior de Gestão e Tecnologia -Instituto Politécnico de Santarém, Portugal

CEAUL-Centro de Estatística e Aplicações da Universidade de Lisboa, Portugal

ricardo.sjoao@esg.ipsantarem.pt

Teresa Coelho

Escola Superior de Saúde -Instituto Politécnico de Santarém, Portugal

teresa.coelho@essaude.ipsantarem.pt

Carla Sofia Ferreira

Hospital Distrital de Santarém, Portugal

carla.ferreira@hds.min-saude.pt

Ana Mendes Castelo

Hospital Distrital de Santarém, Portugal

ana.castelo@hds.min-saude.pt

Maria Teresa Massano

Hospital Distrital de Santarém, Portugal

teresa.massano@hds.min-saude.pt

RESUMO

Pessoas com doença mental (DM) são frequentemente confrontadas com o estigma e preconceito e sujeitas à exclusão social. Atento a essa realidade, o Serviço de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém (SPHDS) desenvolveu um projeto piloto de inclusão social para pessoas com DM. Na sua fase inicial agora retratada, estudo epidemiológico de tipo observacional, o objetivo consistiu em aferir na comunidade o estigma na DM através da aplicação de um questionário a 414 indivíduos. Foram avaliadas questões sociodemográficas, psicossociais e de estereótipos associados à DM. Resultados: 18% dos inquiridos referiram sofrer ou já ter sofrido de uma DM e 40% já ter tido contacto com alguém da família com DM. Perante o cenário de na comunidade haver um doente com DM severa, 59,2% diz ser a favor do tratamento médico compulsivo e 44,5% pelo

seu internamento hospitalar. Conclusão: o estudo revela não indiferença a esta patologia e existência de estigma.

Palavras-chave: doença mental; estigma; epidemiologia, escala de Likert; estatística multivariada.

ABSTRACT

People with mental illness (MI) are often confronted with stigma, prejudice and subject to social exclusion. Aware of this reality, the Service Psychiatric of the District Hospital of Santarém (SPDHS) developed a pilot project of social inclusion for people with MI. In its initial phase - an observational epidemiological study -, the goal was to assess the stigma in MI in the community through the application of a survey to 414 individuals. Socio-demographic, psycho-social and stereotype issues with MI were evaluated. Results: 18% of the respondents reported suffering or had already suffered from a MI and 40% had had contact someone with MI in their family. A given scenario of a community where there is a patient with severe MI, 59,2% said to be in favor of compulsive medical treatment and 44,5% by his hospital admission. Conclusion: the study reveals no indifference to this pathology and the existence of stigma.

Keywords: mental illness; stigma; epidemiology, Likert scale; multivariate statistics.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta a saúde mental associada à capacidade do indivíduo para fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade em que se insere o que, por si só, justifica a sua relevância e a importância do melhor contributo de todos para a sua manutenção. A doença mental (DM) por sua vez, não lhe podendo ser atribuída uma definição universal, pode provocar na pessoa alterações da capacidade de pensar, sentir, fazer juízos críticos, lidar com a realidade e estabelecer fortes relações pessoais (Neeb, 2000), alterações que se podem constituir como fatores de vulnerabilidade, nomeadamente no que se refere ao estigma. O estigma da DM, está presente na nossa sociedade e pode representar para a pessoa doente não só uma importante fonte de sofrimento como ser dificultador para a concretização dos seus projetos individuais, o que justifica que desde 2005 o estigma tenha tido um enfoque especial por parte da OMS. Em Portugal apesar das campanhas anti-estigma realizadas, o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) veio reafirmar o forte estigma na população portuguesa face à DM e considera-o como uma ameaça ao programa de saúde a esta população específica (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2012).

O PNSM procura desenvolver programas para as populações em risco na comunidade, por forma a evitar o afastamento de doentes do seu meio natural, bem como fomentar estratégias que evitem a estigmatização das pessoas com doença mental (DM) e problemas tipicamente associados à DM não tratada, tais como a deterioração social e cognitiva, o desemprego, o abuso de substâncias e a sobrecarga familiar. As pessoas com DM são com frequência confrontadas com o estigma e preconceito, aumentando assim o risco de exclusão social, com impacto nos aspetos familiares, laborais, sociais, afetivos e relacionais. O Diagnóstico Social no Município de Santarém (CLASS, 2013) elaborado pelo Conselho Local de Ação Social, identifica a saúde mental como um dos eixos no qual é necessário atuar; facto esse igualmente corroborado no Relatório Saúde Mental na Lezíria e Médio Tejo (Rede Social, 2015) que ainda aponta a escassez de soluções de inclusão para essa patologia. Em Portugal têm sido realizados alguns estudos sobre o estigma/attitudes estigmatizantes na DM, nomeadamente uma investigação direcionada ao público em geral (Oliveira & Azevedo, 2014), nas famílias de doentes mentais (Sousa, Marques, Curral & Queirós, 2008) e nos estudantes do ensino secundário (Freitas, 2012) e ensino superior (Marques, Barbosa & Queirós, 2010; Palha, Guimarães, Castro-Henriques, Costa & Campos, 2008; Pinto, 2015; Spagnolo, Amy, Murphy & Librera, 2008).

Atento a essa realidade, o Serviço de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém (SPHDS) aplicou um questionário com o objetivo de aferir na sua comunidade o estigma na DM, acessível online em <https://goo.gl/forms/tf6mATgU9xHHITjx2>.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

A presente investigação, encontra-se inserida no projeto de inclusão social para pessoas com DM, projeto “/Ncluir- Ofic/Na para todos e para cada um”, baseado na criação de “oficinas artísticas” e apoiado pela fundação Energias de Portugal (EDP). Numa breve contextualização, o referido projeto tem como objetivo saber se estas oficinas permitem minimizar o estigma da DM e a exclusão social potenciando as competências pessoais, relacionais e artísticas dos participantes e consequente aceitação e reconhecimento do valor das pessoas com DM pela comunidade. Nesse sentido serão criados dois grupos: um grupo de controlo constituído por indivíduos livres de doença mental e outro grupo constituído por indivíduos com essa patologia. Nessa medida o projeto pretende criar respostas diferenciadas no combate à exclusão social e no aumento da autoestima. O projeto teve início em dezembro de 2016 e tem a duração de um ano. A adesão ao projeto é voluntária e está sujeita à privacidade e confidencialidade asseguradas na declaração do consentimento informado. O protocolo do projeto foi submetido a avaliação e autorizado pela Comissão de Ética do Hospital Distrital de Santarém (HDS), EPE.

3 TIPO DE ESTUDO E OBJETIVO

Classifica-se o estudo agora retratado como um estudo epidemiológico de tipo observacional. Consiste na análise do referido questionário aplicado à comunidade e não a grupos específicos de indivíduos. O objetivo geral consiste em identificar, na comunidade abrangida pelo HDS, a existência de estigma na DM. O estigma será avaliado pelo questionário de atribuição AQ-9 proposto por Corrigan (2012). Posteriormente, com recurso à estatística multivariada, serão analisadas relações/associações do estigma na DM com variáveis demográficas, socioeconómicas e psicossociais.

4 METODOLOGIA

4.1 Determinação da dimensão amostral

A fase inicial do projeto consiste num estudo epidemiológico de tipo observacional com o objetivo de aferir na área de intervenção do HDS o estigma na DM. Para mensurar a existência do estigma na DM, optou-se pela aplicação de um questionário como já referido na introdução. Contudo, um aspeto pertinente consiste no cálculo da dimensão amostral (n), ou seja o número de respondentes que deverá figurar no estudo para que as conclusões possam ter um carácter inferencial. Para tal efeito foi utilizada a seguinte fórmula de cálculo (Luiz & Magnanini, 2000):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1 - P)}{\varepsilon^2(N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)} \quad (Eq. 1)$$

onde N representa a dimensão populacional, P a prevalência de saúde mental (mais concretamente a falta dela – doença mental), ε o erro tolerável de amostragem e $Z_{\alpha/2}$ ao quantil de probabilidade $\alpha/2$ da distribuição normal padrão.

Uma vez que o HDS está inserido na região Lezíria do Tejo, os últimos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014) referem uma população residente de 246 952 habitantes (divisão geográfica em vigor a 31 de dezembro de 2013), ou seja $N=246\,952$. Relativamente à prevalência de doenças mentais em Portugal é referido pela Direção Geral de Saúde no seu último relatório (DGS, 2016) um valor global de 3,5% sendo a mais elevada entre os países europeus. Por seu turno, dada a escassez de rastreios organizados de base populacional nesta temática em Portugal, é referido pelo mesmo documento que no norte do país a prevalência da DM em zonas urbanas (2,7%) é superior face a zonas rurais (2,1%). Adotou-se um nível de significância α de 5%, logo $Z_{\alpha/2} = 1.96$. Face a realidade em apreço, a equipa de investigação considera que valores consensuais para ε poderão situar-se entre os 2% e 5%. Tendo em conta os recursos humanos, técnicos do SPHDS para aplicação dos inquéritos, procurou-se efetuar uma

análise de sensibilidade aos parâmetros presentes na Equação 1 (Eq.1) a fim de determinar a dimensão amostral que contemplasse não só o horizonte temporal disponível como também os recursos humanos existentes, ou seja o trabalho de campo.

Uma vez que na área de intervenção do HDS existem concelhos com uma componente urbana mais vincada que a rural (e vice-versa) teve-se em conta o valor médio de prevalência - 2,4%. No quadro 1 é possível verificar a dimensão amostral n em função dos valores atribuídos a cada par de parâmetros (ε, P). Os valores de n foram arredondados à unidade (zero casas decimais).

Quadro 1

Simulação da dimensão amostral em função da prevalência P e do erro tolerável de amostragem ε .

| ε | P | n |
|---------------|------|-----|
| 2% | 2,1% | 197 |
| 2% | 2,4% | 225 |
| 2% | 2,7% | 252 |
| 2% | 3,5% | 324 |

| ε | P | n |
|---------------|------|-----|
| 5% | 2,1% | 32 |
| 5% | 2,4% | 36 |
| 5% | 2,7% | 40 |
| 5% | 3,5% | 52 |

A equipa de investigação optou pela maior taxa de prevalência (3,5%) conjugada com o menor erro tolerável de amostragem (2%) conduzindo a uma dimensão amostral de 324 indivíduos. Não obstante os questionários serem preenchidos pelos próprios técnicos no momento da entrevista aos inquiridos na área de atuação do HDS, por uma medida de prevenção, optou-se por um incremento de cerca de 28% no tamanho amostral. Tal incremento é justificado pela possibilidade de virem a ser detetados questionários omissos nos campos de resposta obrigatória, ou incorretamente preenchidos ou em situações que comprometam a verosimilhança da informação (questões de controlo). Questionários nessas situações não serão contemplados no estudo. A dimensão amostral fixou-se em 414 indivíduos, sendo a amostra selecionada de forma aleatória. Foi realizado um pré-teste ao questionário não tendo sido identificadas falhas/dificuldades quer na inteligibilidade das questões quer no seu próprio preenchimento.

4.2 Questionário

O presente questionário é dividido em três secções que abordam respetivamente: localização geográfica e questões demográficas; questões socioeconómicas e psicossociais (relativas à experiência com pessoas com doença mental); e por fim um conjunto de nove perguntas que permitem avaliar o estigma na DM. O conjunto destas nove perguntas consiste no Questionário de Atribuição AQ-9 (traduzido por Oliveira & Azevedo, 2014), que é uma versão reduzida do Questionário de Atribuição – AQ-27 (Corrigan, 2012). As referidas questões têm como objetivo primordial avaliar o estigma da doença mental através de nove fatores, como “responsabilidade”, “pena”, “irritação”, “perigosidade”, “medo”, “ajuda”, “coerção”, “segregação” e “evitamento” através da apresentação de uma vinheta de um caso dum sujeito com esquizofrenia. O AQ-9 é constituído por 9 itens de autopreenchimento, numa escala do tipo Likert de 1 (“não ou nada”) a 9 (muito ou completamente). Após cotação dos itens de cada factor obtém-se um valor para cada estereótipo, sendo que o estigma é diretamente proporcional ao resultado obtido.

4.3 Testes não-paramétricos aplicados a tabelas de contingência

Na presente investigação procurar-se-á aferir a relação/associação entre dados discretos, que poderão pertencer a um de dois tipos de escala de medida: nominal ou ordinal. A referida informação poderá figurar numa tabela, tabela essa constituída por L linhas e C colunas ($L \times C$), designada por tabela de contingência. Adotou-se como metodologia estatística, a operar nessas tabelas, os seguintes testes não paramétricos: Teste Qui-quadrado de Pearson - χ^2 (Irwin, 1935; Yates, 1984; Teste Exato de Fisher (Fisher, 1922) e o Teste Fisher-Freeman-Halton comumente conhecido por extensão ao teste Exato de Fisher (Freeman & Halton, 1951). A adoção dos referidos testes é justificada pelas condições de aplicabilidade inerentes a cada um. Em tabelas de contingência de dimensão (2×2), violadas as condições de aplicabilidade do teste χ^2 , será

aplicado o Teste Exato de Fisher. Adotou-se o Teste de Fisher-Freeman-Halton perante violações no teste do χ^2 em tabelas de contingência de maior dimensão e por fim o teste χ^2 quando verificadas as condições de aplicabilidade por este exigidas.

4.4 Escalas tipo Likert

Escalas tipo Likert, são escalas compostas por um conjunto de frases/afirmações em relação a cada uma das quais os inquiridos manifestam o seu grau de concordância. No presente estudo foi utilizada uma escala com nove níveis, em que 1 corresponde à resposta “não ou nada” e 9 a “muito ou completamente”. Mede-se a atitude do inquirido, através de medidas de localização (por exemplo: média, moda, mediana) do nível selecionado para cada item. O estudo das referidas escalas teve por base o package estatístico HH (Heiberger & Robbins, 2014) do *software* R (R Core Team, 2014).

4.5 Testes não paramétricos para a interação em desenhos experimentais com dois fatores

Uma vez introduzida a escala de Likert, surgem várias questões fulcrais para a presente investigação. Talvez, uma das mais prementes nesta fase inicial do projeto, consista em saber qual será o contributo/influência de dois fatores (por exemplo: sexo e estado civil) na avaliação do estigma na DM, medido numa escala de Likert de nove pontos, perante um cenário hipotético de na comunidade haver um doente com DM severa. A avaliação está presente nas nove questões finais do questionário que nos permitem aferir globalmente o estigma na DM nos seguintes domínios: responsabilidade, pena, irritação, perigosidade, medo, ajuda, coerção, segregação e evitamento.

Em termos conceptuais, a estrutura do modelo terá: (i) uma variável resposta (variável dependente), que no presente caso, será cada uma das nove questões de avaliação do doente com DM; (ii) dois fatores, considerados como as variáveis independentes; (iii) a interação entre estes fatores (todas as combinações possíveis entre os níveis de cada um dos referidos fatores). A pertinência da metodologia agora implementada é justificada pelo fato da nossa variável resposta não ser normalmente distribuída em nenhuma das nove questões em análise acrescido do facto de ser uma variável em escala ordinal. Operações/transformações na variável resposta que visem “repor” a normalidade da distribuição usualmente reduzem a potência dos testes, não lidam com a existência de *outliers* (observações atípicas) e fazem com que a interpretação dos resultados seja mais complexa e inteligível (Erceg-Hurn & Mirosevich, 2008). Há, portanto, que optar por testes estatísticos mais robustos. Nessa medida, fica excluída a metodologia estatística clássica da Análise de Variância (ANOVA) a dois fatores. Todavia, muito recentemente Feys (2016) aborda um conjunto de métodos robustos, disponibilizados nos packages do *software* R (R Core Team, 2014), em particular o package WRS2 (Mair, Wilcox & Schoenbrodt, 2015). A presente metodologia consiste numa versão não paramétrica do teste ANOVA (Wilcox, 2012).

5 RESULTADOS E SUA DISCUSSÃO

Após validação da informação, verificou-se que a totalidade dos inquiridos estava corretamente preenchido, sendo, portanto, considerada toda a informação recolhida. Os respondentes são maioritariamente do sexo feminino (60,9%; 252). A idade média dos inquiridos é de 38 anos, sendo que os homens em termos médios (41,28 anos) são cerca de cinco anos mais velhos que as mulheres (35,87 anos). A mediana das idades no sexo masculino é de 39 anos enquanto que no sexo oposto cifra-se em 27 anos. 84% dos respondentes afirma residir no distrito de Santarém e 46,16% terem filhos. No que diz respeito ao estado civil, indivíduos solteiros têm a maior representatividade (50,7%) em oposição aos viúvos (5,31%), como retratado na Figura 1.

Quando interrogados se sofrem ou já sofreram de uma DM, 82,1% refere ainda não ter tido essa patologia, contudo 40,33% (167) refere já ter tido contacto com um familiar com DM, sendo que 59,39% na linha reta de parentesco e os restantes casos na linha colateral. Relativamente ao nível de escolaridade: 27,29% (113) apresenta formação superior; 46,13% (191) o 12º ano; 1,93% (8) são analfabetos e os restantes 24,63% (102) têm o ensino básico. Da leitura do Quadro 2 é possível verificar que a frequência da DM difere consoante o género e estado civil. Se tivermos em conta o

estado civil, a razão associada à DM, por ordem decrescente, é respetivamente: 0,56 nos divorciados; 0,38 nos viúvos; 0,33 nos casados e de 0,09 nos solteiros.

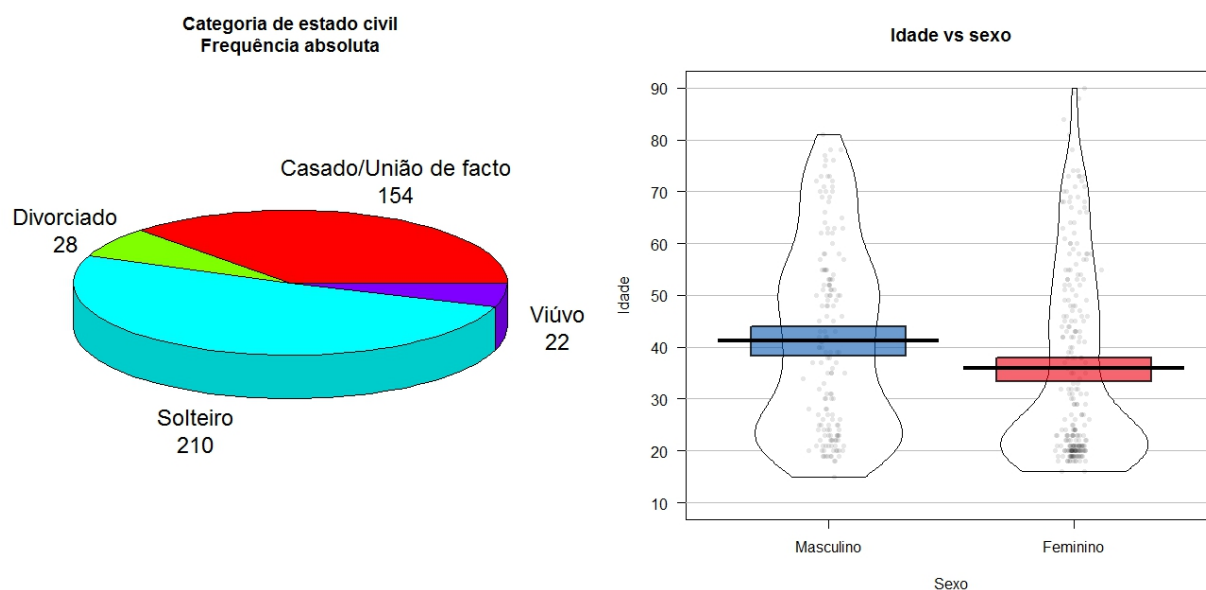


Figura 1: Distribuição do estado civil dos respondentes (esquerda) e da idade segundo o sexo (direita). Dada a maior amplitude da idade no sexo feminino (90-16=74 anos) face ao sexo masculino (81-15=66) optou-se também pela ilustração com o gráfico caixa de bigodes (diagrama de extremos-e-quartis) dado que a mediana é a medida de localização mais robusta.

Os resultados na amostra indiciam que os divorciados e viúvos estão mais expostos à DM, o que pode dever-se, segundo a literatura, a uma carga psicológica e traumática superior pelo fato de existir uma “perda” associada. Conclusão idêntica seria obtida caso se utilizasse como medida a proporção ao invés da razão. O que distingue estas duas medidas é o facto de que na razão o denominador não inclui o numerador, enquanto que numa proporção o numerador está incluso no denominador. Se for considerado o género, o sexo feminino possui maior razão associada à DM (0,26) comparativamente ao sexo masculino (0,16).

Quadro 2

Distribuição da frequência da DM em função do sexo, estado civil e idade média. Para cada uma das referidas combinações é apresentada a respetiva média de idades.

| Sexo | Estado Civil | sem DM | com DM | Idade média (anos) |
|-----------|----------------------|--------|--------|--------------------|
| Feminino | Casado/União de Fato | 62 | 27 | 50,58 |
| Masculino | Casado/União de Fato | 54 | 11 | 53,29 |
| Feminino | Divorciado | 7 | 9 | 45,94 |
| Masculino | Divorciado | 11 | 1 | 45,58 |
| Feminino | Solteiro | 121 | 14 | 22,52 |
| Masculino | Solteiro | 69 | 6 | 27,42 |
| Feminino | Viúvo | 10 | 2 | 63,41 |
| Masculino | Viúvo | 6 | 4 | 63,90 |

Na continuidade da análise, procurou-se saber a frequência de DM tendo em conta quer a literacia quer a profissão do inquirido. A amostra indicia, em termos globais, que quanto menor é a literacia maior será a razão associada a DM (analfabetos 0,6; ensino básico 0,38; 12º ano 0,15 e Ens. Superior 0,19). Quando é tido em conta a profissão/ocupação do inquirido, verifica-se que a razão associada a DM é superior nos respondentes com menor ocupação, sejam eles desempregados (0,3) ou reformados (0,47). Contudo, no caso dos reformados, existe um fator de confundimento – a idade, uma vez que a incidência de DM é superior em idades menos jovens.

Quadros 3 e 4

Frequência absoluta de DM em função da literacia (esquerda) e da profissão/ocupação do inquirido (direita).

| Literacia | sem DM | Com DM |
|---------------|--------|--------|
| Ens. Superior | 95 | 18 |
| 12º ano | 166 | 25 |
| 9º ano | 31 | 12 |
| 6º ano | 16 | 4 |
| 4º ano | 27 | 12 |
| analfabeto | 5 | 3 |

| Profissão/Ocupação | sem DM | com DM |
|--------------------|--------|--------|
| Desempregado | 30 | 9 |
| Empregado | 138 | 28 |
| Estudante | 129 | 17 |
| Reformado | 43 | 20 |

Os resultados anteriores vêm ao encontro de publicações científicas relacionadas com o estigma na DM (Larson & Corrigan, 2008; Link, Yang, Phelan & Collins, 2004; Östman & Kjellin, 2002).

Com base no estudo descritivo patente nas tabelas anteriores, coloca-se a seguinte questão: existe evidência estatística que nos permita concluir a existência de relação/associação entre as variáveis qualitativas (dados nominais) anteriormente referidas, para um nível de significância $\alpha = 5\%$, ou será que os resultados/frequências observado(a)s são “fruto do acaso/flutuações aleatórias”? Para poder dar resposta a esta questão foram utilizados os testes estatísticos do Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) e o teste Exato de Fisher (e sua extensão caso necessário). Foram testadas as seguintes hipóteses de investigação (H_0 : hipótese nula; H_1 : hipótese alternativa), para um nível de significância $\alpha = 5\%$, e respetivos resultados:

- (a) H_0 : Não há associação entre o género e a presença de DM
 H_1 : Há associação entre o género e a presença de DM

Foi aplicado o teste χ^2 , tendo-se obtido o valor de prova (*p-value*) $p = 0,09 \geq \alpha$, concluindo-se pela não rejeição de H_0 ; ou seja: género e presença de DM são independentes, para o nível de significância fixado. Contudo, como $p \in]0,05; 0,1[$, pode-se afirmar que há uma fraca relação/associação entre género e a presença de DM.

- (b) H_0 : Não há associação entre a situação profissional e a presença de DM
 H_1 : Há associação entre a situação profissional e a presença de DM

Foi aplicado o teste do χ^2 , tendo-se obtido o valor de prova (*p-value*) $p = 0,005 \leq \alpha$, concluindo-se pela rejeição de H_0 ; ou seja: há associação entre a situação profissional e a presença de DM, para um nível de significância $\alpha = 5\%$. Como $p \in]0,001; 0,01[$, pode-se afirmar que há uma forte evidência de uma relação/associação entre a situação profissional e a presença de DM

- (c) H_0 : Não há associação entre o nível de literacia e a presença de DM
 H_1 : Há associação entre o nível de literacia e a presença de DM

Para que não houvessem violações nas condições de aplicabilidade do teste do χ^2 , foram agrupados na mesma classe pessoas com ensino básico e analfabetos. Foi obtido o valor de prova (*p-value*) $p = 0,004 \leq \alpha$, concluindo-se pela rejeição de H_0 ; ou seja: há associação entre o nível de literacia e a presença de DM, para um nível de significância $\alpha = 5\%$. A leitura de p é idêntica à formulação enunciada em (b).

- (d) H_0 : Não há associação entre o estado civil e a presença de DM
 H_1 : Há associação entre o estado civil e a presença de DM

Foi aplicada a extensão ao teste exato de Fisher, tendo-se obtido o valor de prova (*p-value*) $p < 0,001$; concluindo-se pela rejeição de H_0 ; ou seja: há associação entre o estado civil e a presença de DM, para um nível de significância $\alpha = 5\%$. Como $p < 0,001$, pode-se afirmar que há uma evidência muito forte de uma relação/associação entre o estado civil e a presença de DM.

- (e) H_0 : Não há associação entre a parentalidade e a presença de DM
 H_1 : Há associação entre a parentalidade e a presença de DM

Foi aplicado o teste exato de Fisher, tendo-se obtido o valor de prova (*p-value*) $p < 0,001$, concluindo-se pela rejeição de H_0 , ou seja: há associação entre a parentalidade e a presença de DM, para o nível de significância fixado. Como $p < 0,001$, a leitura é idêntica à formulação enunciada em (d).

Seguidamente, procurou-se verificar a influência do sexo e do estado civil e da sua interação em cada uma das questões (itens) que avaliaram o José, um cidadão com DM. Os itens em questão correspondem ao conjunto das últimas nove perguntas que permitem avaliar o estigma na DM proposto por Corrigan (2012). Pelo fato das distribuições das avaliações dadas pelos inquiridos em cada um dos itens não ser normalmente distribuída, optou-se pela implementação de testes não paramétricos robustos. Tratando-se, portanto, de testes não paramétricos, o que irá ser analisado é em que medida o valor mediano em cada item difere (de forma significativa) quando são tidos em conta os fatores sexo, estado civil e suas interações. Serão apenas retratadas as questões onde os referidos fatores foram significativos, ilustrando-se uma das questões afim de evitar redundância.

Na questão "Acha que o José é culpado da sua condição presente" os fatores sexo (valor $p = 0,0438$) e estado civil (valor $p = 0,0279$) revelaram ser estatisticamente significativos, para um nível de significância $\alpha = 5\%$, ou seja irão contribuir para valores medianos distintos neste item como ilustrado na Figura 2. Da análise gráfica podemos verificar que os viúvos e divorciados tendo em conta o sexo apresentam valores medianos mais díspares. Na questão "Quão zangado se sentiria com o José?", o sexo (valor $p = 0,0038$) e a interação sexo*estado civil (valor $p = 0,05$) revelaram-se igualmente significativos. Na questão "O José deveria ser forçado a fazer tratamento?" apenas o fator estado civil revelou ser estatisticamente significativo (valor $p = 0,0038$) embora o sexo (valor $p = 0,071$) e a interação sexo*estado civil (valor $p = 0,089$) estejam muito próximos do limiar de significância.

A Figura 3, sintetiza as respostas dadas pela comunidade quando confrontada com o relato de um doente com esquizofrenia, que correspondem às respostas dadas às perguntas do questionário AQ-9, segundo uma escala de Likert com nove pontos.

Perante a questão "Qual a probabilidade com que iria ajudar o José?", a maior parte dos inquiridos revelaram grande probabilidade em ajudarem o José (65%), 18% revelam neutralidade, enquanto que 17% manifestaram não ter intensão em o ajudar. Quando questionados se o José deveria ser forçado a fazer tratamento médico mesmo contra a sua vontade, 59% dos inquiridos revelam essa intenção e 28% manifestam não haver necessidade de tratamento forçado. O sentimento de pena é o terceiro mais manifestado, 49% da população manifesta-se com este sentimento e 37% revela não ter este sentimento presente (fator "pena"). Verificamos que 88% dos inquiridos não manifestam sentimentos de culpa em relação à condição do José e 76% não manifestam sentimentos de raiva, uma vez que não se sentiriam zangados com o José. Numa análise geral ao gráfico verificamos que na sua maioria os inquiridos referem: "ajudar o José" (fator "ajuda"), "não se iriam manter afastados do José" (fator "evitação"); "não ficariam zangados com o José" (fator "raiva"), "não consideram o José perigoso" (fator "perigosidade"), "não iriam-se sentir assustados com o José" (fator "medo") e que "achavam que o José não era culpado da sua condição" (fator "culpa"). Contudo "consideram que o José deve ser forçado a fazer tratamento" (fator "coerção") e que "seria melhor para a comunidade que o José fosse internado num hospital psiquiátrico" (fator "segregação").

Na análise à figura 4, é possível por questão, saber qual a percentagem de inquiridos que respondeu a cada item da escala de Likert com nove pontos. De realçar: (i) grande parte dos estudos já anteriormente referidos, apontam para que haja uma grande percentagem de respostas nos pontos extremos da escala, resultado esse também corroborado no presente estudo; (ii) Na maioria das questões verifica-se uma frequência elevada no número de respostas no centro da escala (no 5º ponto), que são indecisos, revelando por um lado que continua a ser um tema algo controverso na nossa sociedade, fazendo com que parte dos inquiridos responda de forma "neutra" ou têm uma atitude "politicamente correta"; (iii) muito da leitura das percentagens agora expressas estão diretamente relacionadas com o comprimento das barras horizontais patentes na figura 3.

Acho que o José é culpado pela sua condição presente

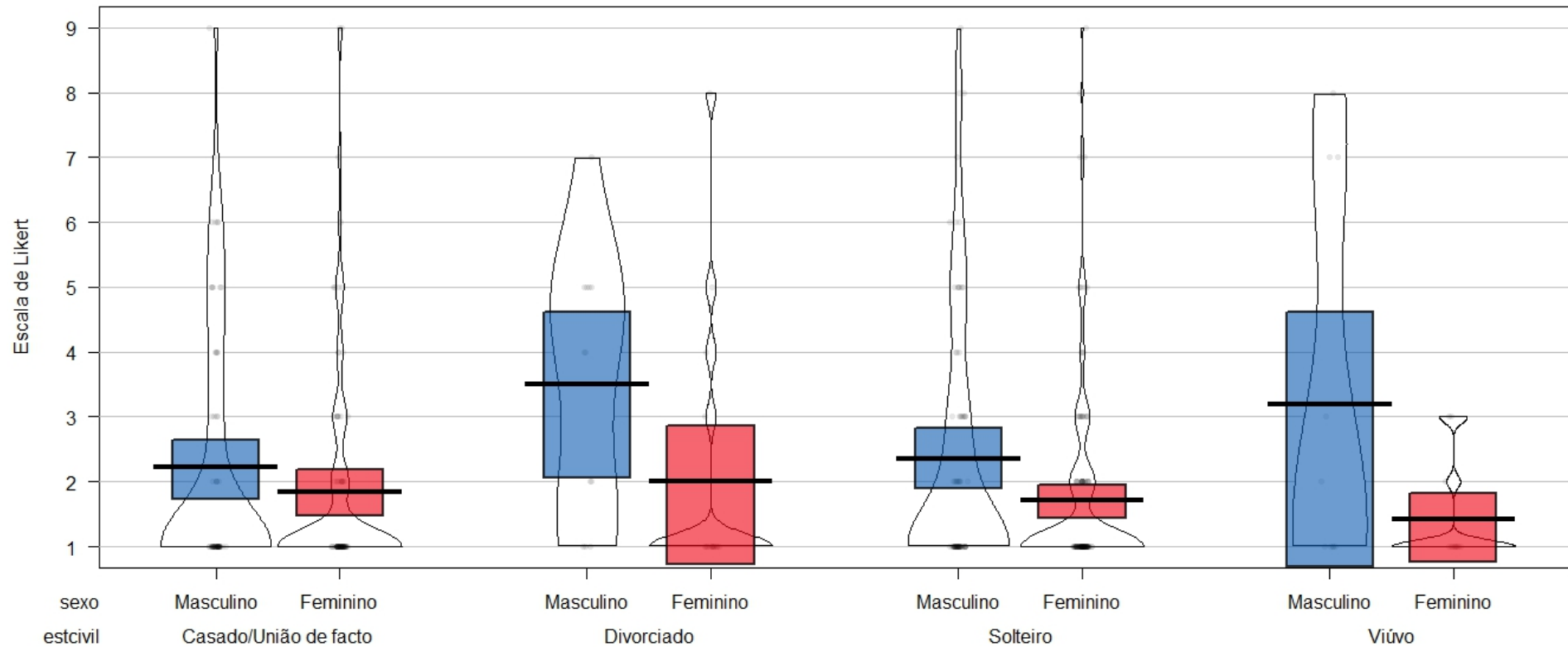


Figura 2: Verifica-se que os valores medianos no item “Acho que o José é culpado pela sua condição presente” diferem de forma estatisticamente significativa. Após a utilização do teste não paramétrico ANOVA a dois fatores com interação para medianas “two-way ANOVA medians with interactions effects” (Wilcox, 2012), constatou-se que o estado civil e o sexo contribuem, de forma significativa, para valores medianos distintos no item em análise.

Como avaliaria o José: um cidadão com esquizofrenia

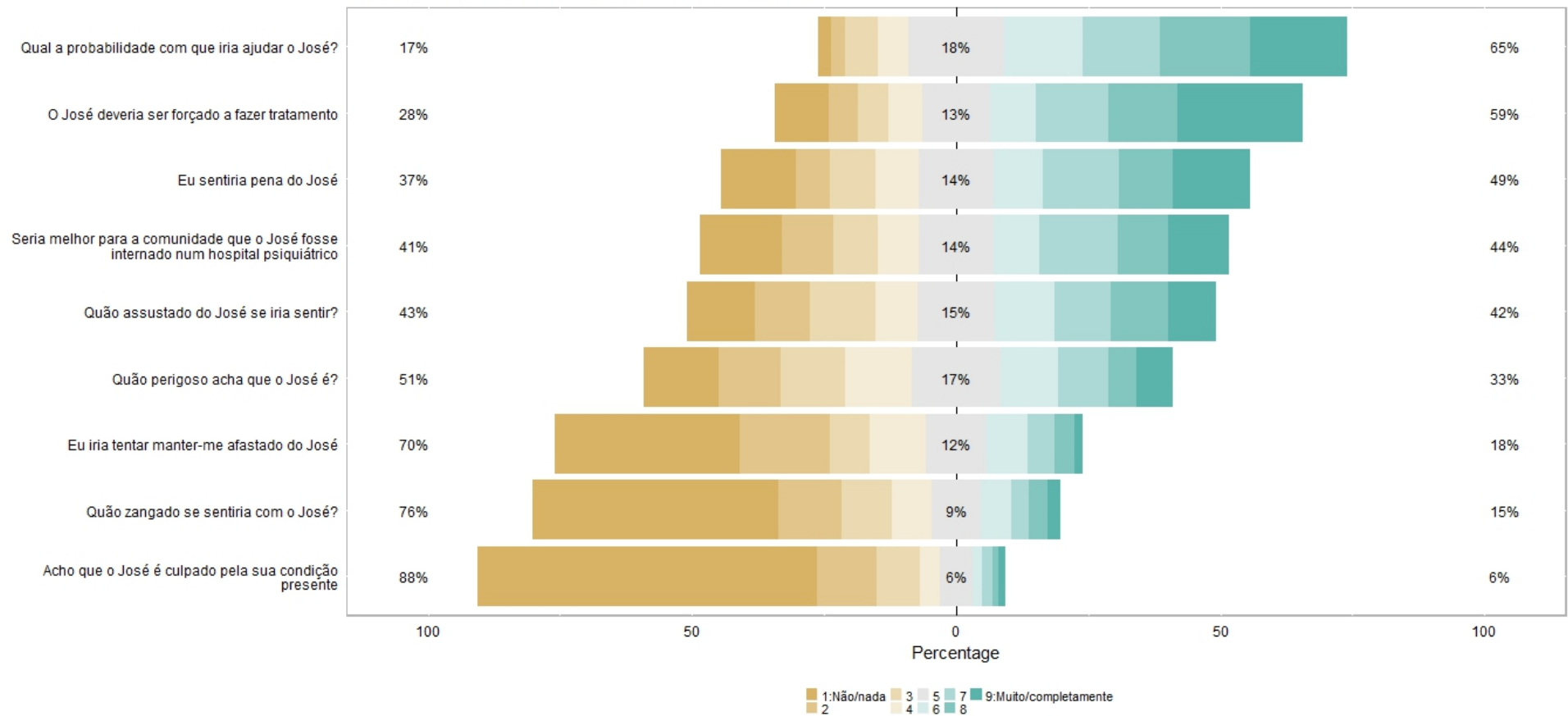


Figura 3: Síntese das respostas dadas pela comunidade quando confrontada com o relato de um doente com esquizofrenia (o José), segundo uma escala de Likert com nove pontos.

Como avaliaria o José: um cidadão com esquizofrenia

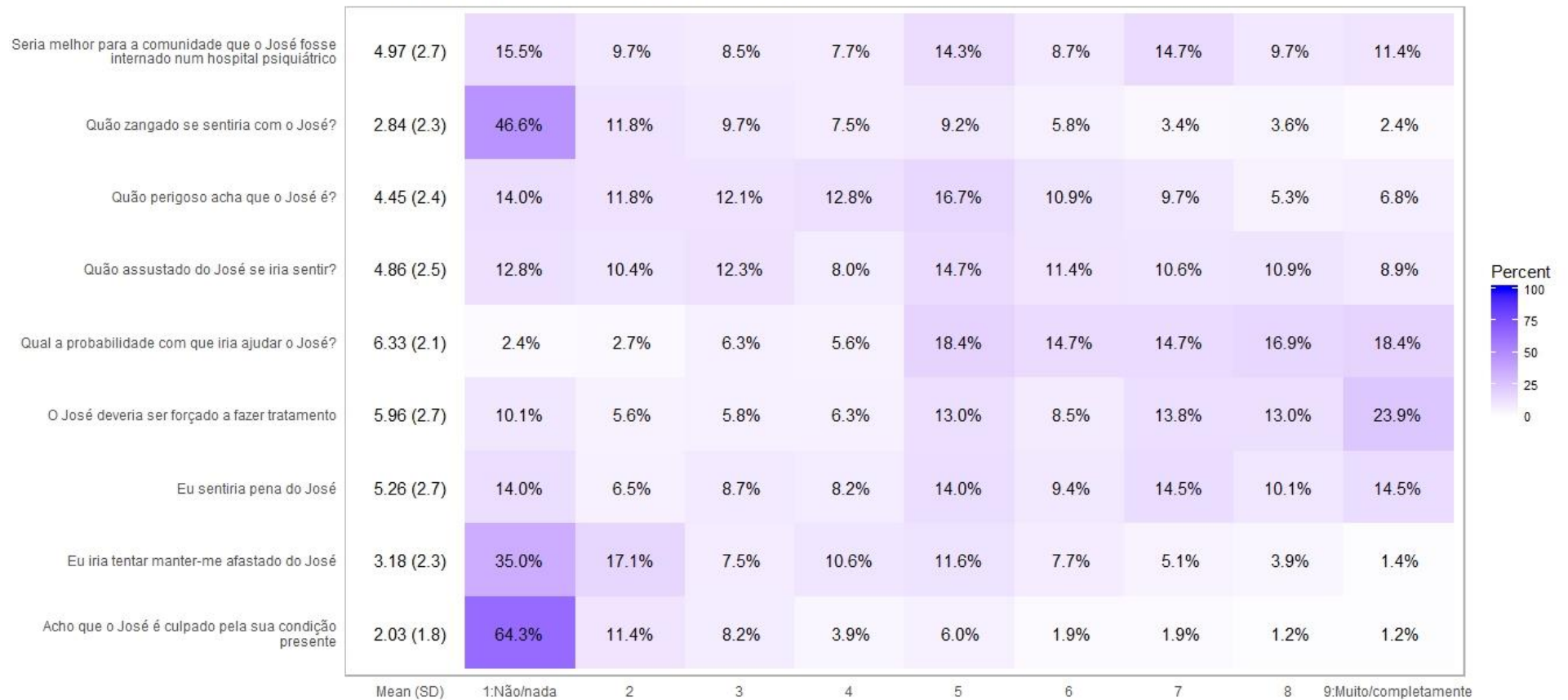


Figura 4: A presente figura retrata por questão, a percentagem de respostas em cada um dos nove pontos que constituem a escala de Likert. Quanto maior for a percentagem de respostas dadas a cada ponto da escala, maior será a aproximação à coloração a azul. Na primeira coluna está patente a média das respostas a cada pergunta e o respetivo desvio-padrão entre parêntesis.

Avaliação do José vs Género

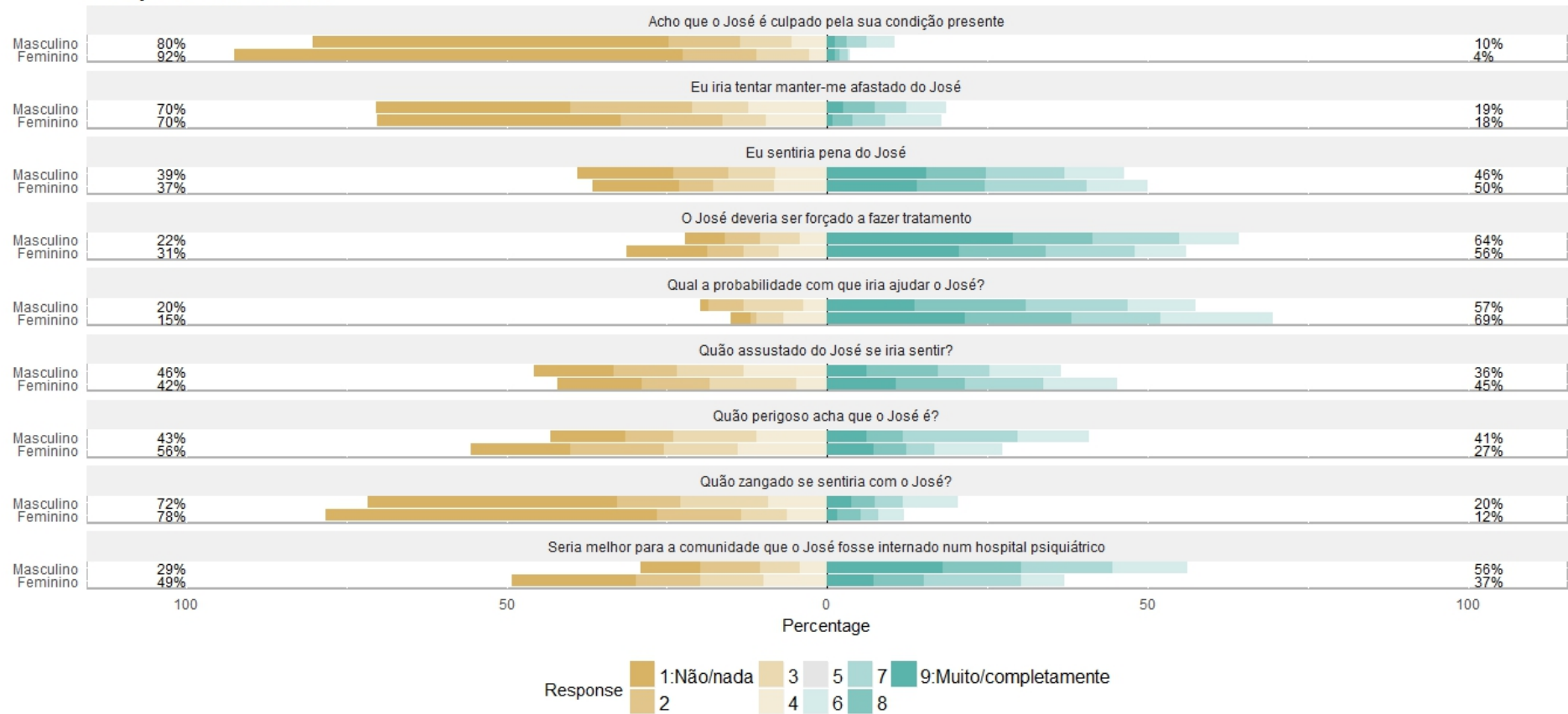


Figura 5: Avaliação do José, doente com DM, em função do sexo do inquirido.

Verifica-se que os indivíduos do sexo feminino expressaram uma menor probabilidade de culpa em relação ao José. Ambos os sexos (70%) são unânimes em relação à evitação, ao tentarem manterem-se afastados do José. No sexo masculino estão presentes sentimentos de estigma em relação à segregação, 56% dos inquiridos referem que seria melhor para a comunidade se o José fosse internado num hospital psiquiátrico. Opinião contrária têm os elementos do sexo feminino (49%).

Avaliação do José vs histórico de doença mental (sim/não) do inquirido

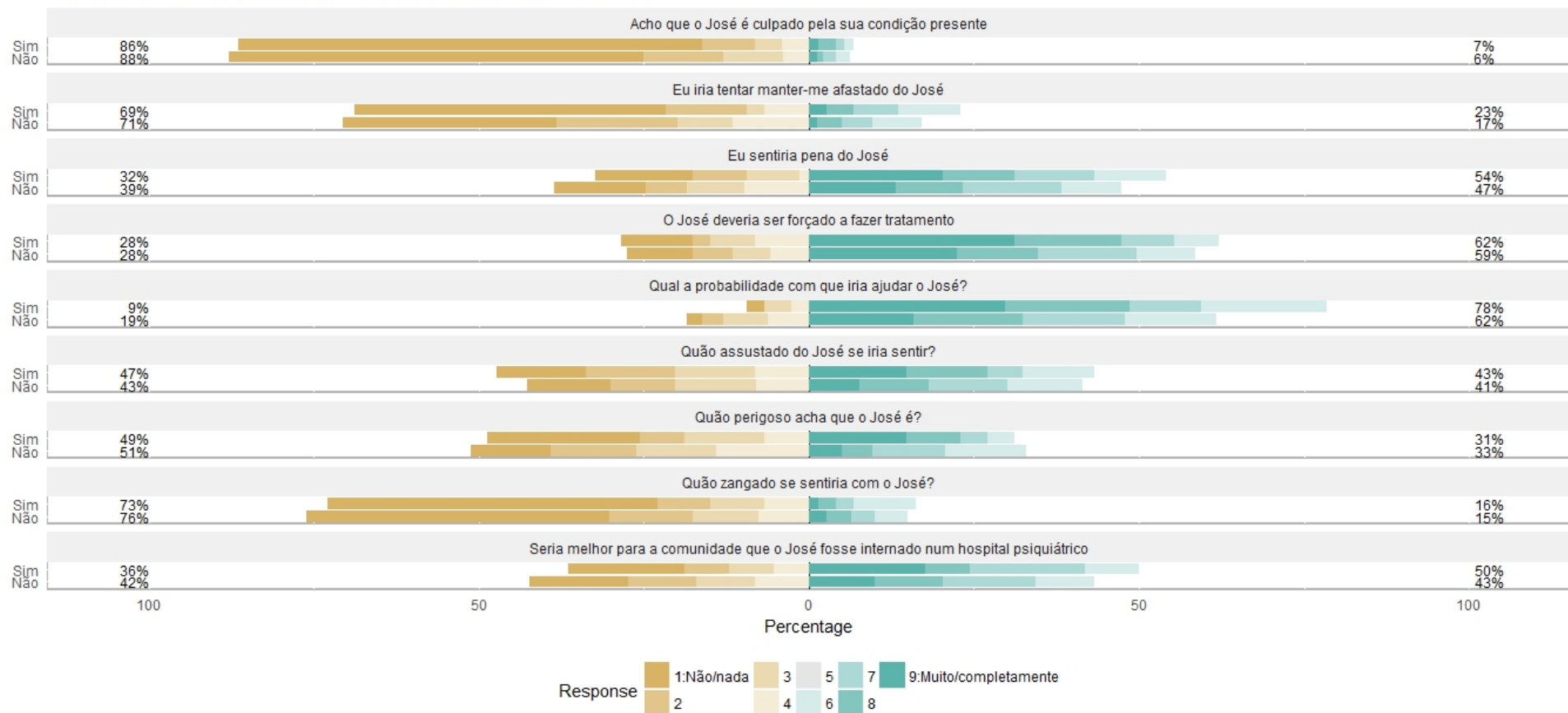


Figura 6: Avaliação do José, doente com DM, em função do histórico de DM do inquirido.

Considerando o facto do inquirido já ter sofrido de DM, os inquiridos revelaram no global, menos atitudes estigmatizantes, para a culpa, raiva e evitação. O facto de já terem sofrido de doença mental facilitaria ajudar o José e seria motivo de ajuda e coerção para o tratamento forçado do doente mental.

Foi igualmente estudado os níveis de estigma com o contacto com a doença mental por parte dos participantes e verificou-se uma maior probabilidade de ajuda e coerção para o tratamento do doente mental e menor probabilidade de culpa, raiva e evitação.

6 CONCLUSÃO

Relativamente às respostas obtidas no AQ-9 constatou-se, à semelhança do encontrado num estudo de Oliveira & Azevedo (2014) e Barbosa (2010) que teve por base a aplicação do AQ-27 (versão completa do AQ-9), que os parâmetros/domínios que obtiveram um maior grau de concordância foram os relativos à ajuda, coerção para o tratamento e pena. Expressam uma atitude de simpatia e simultaneamente de paternalismo dos inquiridos para com a pessoa com doença mental. Este tipo de estigma é associado na literatura à falta de informação (Sousa et al., 2012), o que pode espelhar a uma baixa literacia em saúde mental da amostra. Segundo Corrigan et al. (2012), as mulheres têm uma menor tendência a estigmatizar, indo de acordo com os resultados do estudo. Relacionando os níveis de estigma com o contacto com a doença mental, do próprio ou familiar, pode perceber-se que a coerção e a ajuda são os fatores de estigma presentes. Manifestando atitudes positivas e pouco estigmatizantes para com as pessoas com esquizofrenia, decorrentes da sua familiaridade com a doença mental grave, nomeadamente culpa, raiva e evitação. Dados da literatura apontam para o facto de, tanto a educação quanto o contacto com a doença mental, terem um impacto positivo na redução do estigma para com o doente mental (Corrigan et al., 2012), o que foi corroborado neste estudo. Foi igualmente corroborado, com recurso à estatística multivariada, a influência de fatores demográficos, socioeconómicos e psicossociais associados ao estigma na DM.

7 REFERÊNCIAS

- Barbosa, T. (2010). *Estigma face à doença mental por parte dos futuros profissionais de saúde mental* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto).
- CLASS (2013). *Diagnóstico Social do Concelho de Santarém 2014/2017*, Conselho Local de Acção Social de Santarém. Consultado em 19 abril de 2017. Disponível em http://www.cm-santarem.pt/images/santarem/pdf/DiagnosticoSocial2014_2017.pdf
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.
- Corrigan, P. (2012). *A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness*. Illinois Institute of Technology.
- Corrigan, P.W, Morris, S.B, Michaels, P.J, Rafacz J.D & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*,63(10),963-973.
- DGS (2016). Saúde mental em números 2015. *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: DGS. Documento disponível em http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Saude_Mental.pdf
- Erceg-Hurn, D.M & Mirosevich, V. M. (2008). Modern robust statistical methods: an easy way to maximize the accuracy and power of your research. *American Psychologist*, 63(7),591–601.
- Feys, J. (2016). Nonparametric Tests for the Interaction in Two-way Factorial Designs Using R. *The R Journal*, 8(1), 367-378.
- Fisher, R. A. (1922). On the Interpretation of χ^2 from Contingency Tables, and the Calculation of P. *Journal of the Royal Statistical Society*, 85, 87-94.
- Freeman, G.H. & Halton, J.H. (1951). Note on an exact treatment of contingency, goodness of fit and other problems of significance. *Biometrika*, 38,141-149.
- Freitas, M. (2012). *Vários olhares sobre o doente mental* (Dissertação de Mestrado, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal).
- Heiberger, R. M., & Robbins, N. B. (2014). Design of diverging stacked bar charts for Likert scales and other applications. *Journal of Statistical Software*, 57(5), 1-32.

- INE (2014) *Estimativas de População Residente em Portugal e indicadores demográficos* (CAOP2013) – 2011, 2012 e 2013. Consultado em 20 abril de 2017. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=211394338&DESTAQUESmodo=2
- Irwin, J. O. (1935). *Tests of Significance for Differences between Percentages Based on Small Numbers*. *Metron*, 12, 83-94.
- Larson, J. E., & Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic psychiatry*, 32(2), 87-91.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C. & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.
- Luiz, R. R., & Magnanini, M. M. (2000). A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8 (2), 9-28.
- Mair, P., Wilcox, R. & Schoenbrodt, F. (2015) *WRS2: A Collection of Robust Statistical Methods*. URL <https://cran.r-project.org/web/packages/WRS2>. R package version 0.4-0. [p367]
- Marques, A., Barbosa, T., & Queirós, C. (2010). O Estigma na Doença Mental Perspectivado por Futuros Profissionais de Saúde Mental. Poster apresentado no III Congresso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, Valladolid, Espanha.
- Murphy, A., & Librera, L. (2008). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(3), 186-193. doi: 10.2975/31.3.2008.186.193
- Neeb, K. (2000) *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, A. & Azevedo S. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30,227-34.
- Östman, M. & Kjellin, L. (2002). Stigma by association. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494-498.
- Palha, F., Guimarães, A., Castro-Henriques, M., Costa, N., & Campos, L. (2008). Stigmatization of people with mental illnesses: A preliminary study of university students opinions. Poster apresentado no International Colloquium of Schizophrenia, Porto, Portugal.
- Pinto, I. (2015). *Mental stigma in medical students – Medical School of Oporto University* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal).
- população ativa* in Artigos de apoio Infopédia [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. [consult. 2017-05-04 10:29:33]. Disponível na Internet: [https://www.infopedia.pt/\\$populacao-ativa](https://www.infopedia.pt/$populacao-ativa)
- R Core Team (2014). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>
- Rede Social (2015). *Saúde Mental - Avaliação Setembro de 2015*, Plataformas Supra Concelhias da Lezíria e do Médio Tejo. Consultado em 20 abril de 2017. Disponível em http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2016/04/Santarém_Relatório-Saúde-Mental-LT-e-MT-v.-15-set-2015.pdf
- Sousa, S., Queirós, C., Marques, A., Rocha, N., & Fernandes, A. (2008). *Versão preliminar portuguesa do Attribution Questionnaire (AQ-27)*. Porto, Portugal: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto/ESTSP-IPP.
- Wilcox, R. (2012). *Introduction to Robust Estimation and Hypothesis Testing* (3rd ed.). Elsevier.
- Yates, F. (1984). Tests of Significance for 2 × 2 Contingency Tables. *Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, 147, 426-463.