



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Faculdade de Educação e Psicologia

***O Estigma na Esquizofrenia: Atitude dos Profissionais da  
Saúde Mental***

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

- Especialização em Perturbação Mental -

*Francisco Javier Vidal Barrantes*

**Trabalho efectuado sob a orientação do**

*Professor Doutor António Pacheco Palha*

**Porto, Março de 2010**

## AGRADECIMENTOS

Quero aproveitar esta oportunidade, para agradecer, de forma muito especial, a todas as pessoas que estiveram ao meu lado durante estes dois últimos anos. Tem havido momentos de desilusão, desânimo, cansaço. A investigação é uma tarefa apaixonante, mas, por vezes, exige muitos sacrifícios.

É por isso que quero agradecer-te a ti, minha querida Marta, minha amada companheira, por todos aqueles momentos em que deixei de te acompanhar para dedicar-me ao estudo; meus pequenos anjos, João e Tiago: olhar para vocês é lembrar o muito que devo agradecer a Deus por me ter permitido ficar em Portugal e ter conhecido vossa mamã. Marta, João e Tiago, são a minha alegria!

Ao Professor Doutor Pacheco Palha: o seu conhecimento, a sua sabedoria e o seu rigor ajudaram-me a “crescer” como pessoa e como profissional. Tive o privilégio de trabalhar consigo na Casa de Saúde do Bom Jesus. Aprendi a ser um verdadeiro namorado da psiquiatria. Agora, sendo o Professor Doutor o meu orientador, aprendi que ainda tenho muito de aprender.

À Casa de Saúde do Bom Jesus e à Casa de Saúde São João de Deus obrigado por me terem permitido elaborar este estudo. Foi um autêntico privilégio ter tido a oportunidade de conhecer ainda melhor os meus colegas.

A todos os médicos psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de acção médica que participaram no estudo, o meu sincero agradecimento.

O trabalho está dedicado a todas aquelas pessoas que acreditam na Reabilitação Psicossocial e na verdadeira integração das pessoas com uma doença mental.

A todos, muito obrigado!

## RESUMO

Nestes últimos anos, para além dos grandes avanços no tratamento das doenças mentais, houve um importante desenvolvimento na atenção sócio-sanitária dos problemas da saúde mental da população em geral, e, particularmente, na população diagnosticada com uma doença mental grave, traduzindo-se numa maior integração comunitária das pessoas com diagnóstico psiquiátrico. Contudo, esta integração ainda tem de combater barreiras, tais como o estigma e a discriminação, pois continuam a ser realidades que limitam e comprometem estas intervenções. Verifica-se que o estigma pode impedir uma verdadeira recuperação, especialmente quando são os próprios profissionais da saúde os que apoiam determinados estereótipos.

O objectivo desta investigação: analisar quais as atitudes dos médicos psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de acção médica, junto das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e o impacto que estas atitudes poderão ter nas suas intervenções.

A amostra é constituída por 95 profissionais de saúde mental de algumas casas de saúde e instituições hospitalares públicas e privadas de Portugal: 25 médicos psiquiatras (26.3%), 30 enfermeiros (31.6%) e 40 auxiliares de acção médica (42,1%), que responderam voluntariamente a dois questionários: Questionário Sociodemográfico e Questionário de Atribuição AQ-27. Os resultados indicam que dentre os 9 domínios do Questionário de Atribuição AQ-27, os de Responsabilidade e Irritação apresentaram os valores estatísticos mais baixos. Os de Ajuda, Coação e Pena apresentaram os valores estatísticos mais elevados. O género dos profissionais, assim como o tempo de serviço dos mesmos na instituição, não determinaram diferenças estatisticamente significativas nos diferentes domínios. Os profissionais que lidam com utentes crónicos apresentam valores superiores de Irritação, Medo e Evitamento comparativamente com aqueles que trabalham directamente com pessoas com uma doença mental em estado agudo e crónico. As diferenças nas habilitações académicas entre os profissionais, a utilização do diagnóstico psiquiátrico, assim como o modelo de intervenção de atenção sanitário actual, entre outros, poderão explicar estes resultados.

**Palavras-chaves:** Estigma, estereótipo, preconceito, discriminação, AQ-27, esquizofrenia, médicos psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de acção médica.

## ABSTRACT

In the last years there was an important development in the socio-sanitary care regarding the mental health problems of the population in general, and specially, in the population diagnosed with several mental disease, leading to a greater comunitary integration of the psychiatric diagnosed persons. Although, this integration still has to break important barriers, such as stigma and discrimination, which continue to be realities which limit and compromise these interventions. One can verify that stigma can block a true recovery of these persons, especially when their own health professionals support certain stereotypes.

The goal of this investigation is to analyze which are the attitudes of the psychiatric doctors, nurses and auxiliary health personnel, concerning the schizophrenia diagnosed persons and the impact that these attitudes may have in their interventions.

The sample of this study is made of 95 mental health professionals of some mental health houses and hospitalar public and private institutions in Portugal: 25 psychiatric doctors (26.3%), 30 nurses (31.6%) and 40 auxiliary health personnel (42.1%) that voluntary answered to two questionnaires: Socio-Demographic Questionnaire and the Attribution Questionnaire AQ-27.

The results indicate that within the 9 domains of the AQ-27, the ones of Responsibility and Imitation presented lower statistical values, when the ones of Help, Coaction and Pity would be those that presented higher statistical values. The sort of professionals, as well as their service time in the institution, did not determine significant statistical differences in the several domains. The professionals dealing with the chronic patients present higher values in Imitation, Fear and Avoidance in comparison with those that work directly with persons in a acute and chronic stage of the disease. The differences in academic experience among the professionals, the use of psychiatric diagnose, as well as the current health care intervention model, among others, may explain these results.

**Key words:** Stigma, stereotype, prejudice, discrimination, AQ-27, schizophrenia, psychiatrists, nurses, auxiliary health personnel.

## ÍNDICE

|  | Pág.      |
|--|-----------|
| <b>1 – Introdução</b>  | <b>7</b>  |
| <b>2 – Enquadramento Teórico</b>   | <b>9</b>  |
| <b>2.1 – Contextualização Histórica e Definições</b>                       | <b>9</b>  |
| <b>2.2 – Estigma vs Profissionais da Saúde Mental</b>                      | <b>14</b> |
| <b>3 – Objectivos específicos</b>  | <b>21</b> |
| <b>4 – Método</b>  | <b>21</b> |
| <b>4.1 - Hipóteses</b>   | <b>21</b> |
| <b>4.2 - Amostra</b>   | <b>22</b> |
| <b>4.3 - Instrumentos de Avaliação</b>                                     | <b>22</b> |
| <b>4.3.1 - Questionário de Atribuição AQ-27</b>                            | <b>23</b> |
| <b>4.4 - Procedimentos e Questões Éticas</b>                               | <b>25</b> |
| <b>5 – Apresentação dos Resultados</b>                                     | <b>26</b> |
| <b>5.1 - Caracterização da Amostra</b>                                     | <b>26</b> |
| <b>5.2 - Análise Descritiva</b>  | <b>28</b> |
| <b>5.3 - Análise de Correlações</b>  | <b>29</b> |
| <b>5.4 - Análise Diferencial</b>   | <b>30</b> |
| <b>5.4.1 - Género</b>  | <b>30</b> |
| <b>5.4.2 - Idade</b>   | <b>31</b> |
| <b>5.4.3 - Ocupação Profissional</b>                                       | <b>32</b> |
| <b>5.4.4 - Tempo de Serviço em Saúde Mental</b>                            | <b>33</b> |
| <b>5.4.5 - Pessoas com Doença Mental aguda e/ou crónica</b>                | <b>33</b> |
| <b>5.4.6- Presença de uma relação pessoal com pessoa com doença mental</b> | <b>34</b> |
| <b>6 – Discussão dos resultados</b>  | <b>35</b> |
| <b>7 – Bibliografia</b>  | <b>48</b> |

## ÍNDICE DE QUADROS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Quadro nº 1: Exemplos de atitudes e comportamentos para com as pessoas com perturbação mental</b> | <b>13</b> |
| <b>Quadro nº 2: Elementos do prejuízo dirigido às pessoas com uma doença mental</b>                  | <b>24</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Quadro nº 3: Análise descritiva dos domínios do AQ-27</b>  | <b>29</b> |
| <b>Quadro nº 4: Análise de correlações de Pearson entre os domínios do AQ-27</b>                          | <b>30</b> |
| <b>Quadro nº 5: Médias, Desvíos-Padrão e Post-Hoc em função da idade</b>                                  | <b>31</b> |
| <b>Quadro nº 6: Médias, Desvíos-Padrão e Post-Hoc em função da ocupação profissional</b>                  | <b>32</b> |
| <b>Quadro nº 7: Médias, Desvíos-Padrão e Post-Hoc em função da doença mental aguda e/ou crónica</b>       | <b>34</b> |
| <b>Quadro nº 8: Médias, Desvíos-Padrão e <i>t-test</i> em função da existência de uma relação pessoal</b> | <b>34</b> |

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Gráfico 1.- Boxpot da idade x grupo profissional</b>                       | <b>26</b> |
| <b>Gráfico 2.- Boxpot de anos de serviço x grupo profissional</b>             | <b>27</b> |
| <b>Gráfico 3.- Habilitações académicas em função da ocupação profissional</b> | <b>28</b> |

## **ANEXOS**

- Nº 1 – Documento informativo do Projecto de Investigação: “Estigma Público e Privado face à Doença Mental: Estudo exploratório da realidade portuguesa”**
- Nº 2 – Questionário Sociodemográfico**
- Nº 3 – Questionário de Atribuição AQ-27**
- Nº 4 – Autorização para utilizar o Questionário de Atribuição AQ-27**
- Nº 5 – Consentimento Informado**

## 1 – INTRODUÇÃO

Muitas das pessoas com doença mental grave têm de enfrentar um duplo desafio. Por um lado, devem lutar contra os sintomas e incapacidades resultantes da mesma e por outro lado, são confrontadas com os estereótipos e preconceitos existentes sobre a doença mental. A consequência de ambas as situações está na diminuição de oportunidades que definem uma vida de qualidade: empregos aceitáveis, habitação segura e cuidados de saúde satisfatórios (Corrigan & Watson, 2002). Verifica-se também que a exclusão e a discriminação sofridas pelas pessoas diagnosticadas acontecem, não só nos contextos de relacionamentos sociais próximos (amigos, familiares e colegas de trabalho), mas também em contacto com os profissionais da saúde mental. De facto, o estigma experimentado por estas pessoas e relacionado com a atenção sanitária corresponde a um quarto das experiências estigmatizantes reportadas pelos utentes dos serviços de saúde mental (Schulze, 2007). Portanto, a estigmatização e a discriminação estão entre os maiores obstáculos à intervenção/apoio nas doenças mentais, sendo factores-chave que impedem as pessoas de obter os apoios de que precisam (WHO, 2002). Visto que a maioria dos autores que investigam as atitudes para com as pessoas com doença mental generalizam os resultados para qualquer perturbação mental, sem ter em consideração que os diferentes transtornos suscitam percepções e interpretações diferentes (Link, 2001; Pierlick & Rosenheck, 2002), neste trabalho examinaremos o estigma associado a uma doença mental específica, a esquizofrenia, por ser a que maior temor e rejeição social suscita (Stuart & Arboleda-Flórez, 2001).

Aliás, a maior parte da literatura existente em relação ao estigma na Saúde Mental analisa as atitudes da população em geral<sup>1</sup> perante as pessoas com diagnóstico psiquiátrico. Contudo, hoje em dia, parece existir uma preocupação importante referente à análise das atitudes<sup>2</sup> dos profissionais nesta área. Dembling, Chen and Vachon (1999, cit. in Royal College of Psychiatrists [RCP], 2001) referem que as pessoas que tiveram contacto com os serviços de Saúde Mental têm uma esperança de vida 8,8 vezes menor em comparação com o grupo de controlo, existindo várias explicações possíveis para este facto: o isolamento do sistema de saúde que acompanha a estigmatização das perturbações mentais poderá ser um factor contributivo, assim como o facto de estes utentes apresentarem estilos de vida pouco

---

<sup>1</sup> Na pesquisa realizada verifica-se que os termos *população geral* referem-se a pessoas não profissionais da Saúde Mental.

<sup>2</sup> Definidas como predisposições aprendidas para responder de maneira favorável ou desfavorável a uma determinada pessoa, comportamento, crença ou objecto e que influenciam o comportamento (Roberts, 2001).

saudáveis e estes não terem sido tomados em consideração por parte dos profissionais médicos, incluídos os psiquiatras (Browne, Birwistle, Roe & Thompson, 1999). Contudo, muitos dos estudos analisados têm como objectivo medir e analisar as atitudes dos profissionais sanitários em comparação com as atitudes do público em geral (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross & Rossler, 2004). Numa análise geral, confirma-se que as crenças dos profissionais da Saúde Mental não diferem das crenças desta população ou estas ainda são mais negativas. Isto contradiz a hipóteses da maioria dos estudos que esperavam atitudes mais favoráveis nestes profissionais, devido ao facto de estes terem grandes conhecimentos em relação às perturbações mentais, assim como por terem contacto profissional diário com os utentes (Lauber et al., 2004).

Segundo Schulze (2007) foram realizadas poucas investigações para analisar as atitudes dos profissionais da Saúde Mental até finais de 2007. Aliás, na pesquisa realizada na literatura científica, não se têm encontrado artigos específicos que analisem o estigma dos auxiliares de acção médica. Além disto, se temos em consideração que Portugal está a viver, neste momento, um importante processo de reestruturação dos seus Serviços de Saúde Mental, tendo como um dos grandes objectivos a promoção e descentralização dos serviços de Saúde Mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos às pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSM], 2006) e que a intervenção sócio-sanitária de qualidade técnica, humana, efectiva e respeitosa, poderá promover o empowerment e a igualdade entre os utentes (Laviana, 2006, cit. in López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez & Aparício, 2008), sendo os profissionais da Saúde Mental um dos elementos protagonistas para o sucesso destas reformas, fica justificada a elaboração de um estudo de forma a clarificar, ainda mais, as insuficiências existentes neste âmbito de análise.

Assim, os objectivos gerais deste estudo são os seguintes:

- Analisar o estigma associado às perturbações mentais; e
- Analisar as atitudes dos médicos psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de acção médica junto das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e o impacto que estas atitudes poderão ter nas suas intervenções.

O presente trabalho começa com uma breve *introdução*, realizando-se um enquadramento geral do tema, apresentando-se os objectivos gerais do estudo e justificando-se a pertinência e actualidade do mesmo. Depois expõe-se o *enquadramento teórico*, onde é realizada uma contextualização histórica, a definição de estigma, assim como de outros termos técnicos que serão utilizados. Nesta parte também são apresentados os dados obtidos noutros estudos de investigação que permitirão contextualizar, ainda mais, este trabalho de investigação. Depois de serem referidos quais os *objectivos específicos* do estudo, são expostas as *hipóteses* da investigação, a descrição das amostras e dos instrumentos utilizados, assim como uma descrição pormenorizada do processo de investigação levado a cabo. Para finalizar, são *descritos os resultados* obtidos neste estudo e uma *discussão e avaliação crítica* dos mesmos, assim como quais foram as limitações encontradas no processo de investigação e as sugestões para estudos futuros.

## 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1 – Contextualização histórica e definições

Foram os gregos os primeiros a estudar as doenças mentais do ponto de vista científico: a medicina grega procurou leis universais que pudessem constituir a base de uma ciência real da doença, investigando as leis que as pudessem governar e procurando a ligação entre a causa e o efeito (Castro, 2005). É por isso que a maioria dos autores que escrevem sobre o estigma começam por referir-se à origem linguística do termo na Grécia antiga (stigma), onde significava uma *queimadura ou cicatriz* feita no corpo de maneira a denotar que o seu portador era um escravo, um criminoso ou qualquer pessoa marginal (Clausen, 1981, cit. in Leff & Warner, 2006). O Cristianismo introduz dois sentidos metafóricos no termo: por um lado, a alusão a sinais corporais da graça divina, que tomava a forma de erupções na pele e por outro lado, a referência médica indirecta à alusão religiosa, isto é, sinais corporais da perturbação física (Geide, 2005).

Os romanos continuaram com a filosofia grega estóica no tratamento das doenças mentais, postulando que as paixões e os desejos insatisfeitos actuavam sobre a alma da pessoa, provocando doenças que poderiam ser controladas se fosse alcançado um estado mental caracterizado pela tranquilidade interior (Castro, 2005).

A Idade Média significou a grande decadência intelectual do Ocidente. As doenças mentais foram consideradas possessões demoníacas e o seu método, a *demonologia*, tinha a obrigação de se dedicar ao estudo dos sinais e sintomas ou estigma destas supostas possessões. O Renascimento foi um dos períodos mais nefastos na história da psiquiatria e dos direitos das pessoas portadoras de uma perturbação mental. Assim, em 1489, os teólogos alemães Heinrich Kramer e Johann Sprenger, autores do livro “*Malleus Maleficarum*”, atribuíram ao demónio todas as causas das doenças mentais, negando qualquer explicação natural das mesmas, destruindo toda a herança científica da época clássica grega e romana. O tratamento consistia na tortura, considerando a morte destas pessoas um acto de piedade cristã: *libertar a alma do possuído* (Postel & Quetel, 1997, cit. in Castro, 2005).

Nos séculos XVIII e XIX os enfermos mentais já não eram queimados nas fogueiras, mas eram internados em instituições asilares administradas fundamentalmente pela Igreja como verdadeiros delinquentes ou vagueavam solitários nos bosques, sendo objecto de desprezo, burla e maus tratos. Com a contribuição do médico Philippe Pinel<sup>3</sup> e outros cientistas do século XVIII – XIX, houve uma reformulação do conceito de assistência sanitária na saúde mental que foi importante para o desenvolvimento, entre outras coisas, dos critérios diagnósticos estabelecidos no século XX, introdução de tratamentos adequados para as perturbações mentais e uma nova visão da doença e do doente mental (Castro, 2005).

Contudo, um dos aspectos mais curiosos em relação à literatura sobre o estigma na actualidade é a variabilidade de definições existentes (Stafford & Scout, 1986, cit. in Link & Phelan, 2001). Muitas vezes os investigadores não fornecem definições explícitas ou referem-se a outros aspectos tais como o estereótipo ou a rejeição. No entanto, a maioria dos artigos fazem referência aos estudos realizados por Erwing Goffman<sup>4</sup> que no seu livro “*Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*” (1963, p. 6) define estigma como “*um atributo profundamente depreciativo e que transforma o portador, passando de ser uma pessoa normal para outra desonrada e menosprezada, ou sendo simplesmente estranha às pessoas que a identificam*”. Segundo o autor, o estigma não é apenas um atributo pessoal, mas uma forma de designação social (Goffman, 1988). Um estigma é, então, na realidade, um tipo

---

<sup>3</sup> Philippe Pinel (1755-1826): Propôs uma *revolução moral*, de forma a substituir a visão de que as pessoas com uma doença mental eram perigosas, incuráveis e que deviam ser encarceradas, por um *enfoque humanista* (Crepeau, Cohn & Schell, 2005)

<sup>4</sup> Erwing Goffman (1922-1982): Desenvolveu teses sobre anti-psiquiatria numa época em que as pessoas apontadas como loucas eram tratadas como animais perigosos. Conseguiu empregar-se num hospício e ficar por lá um ano estudando o comportamento dos pacientes, dos empregados, da direcção, do público e, no final, concluiu que os *loucos* agem absolutamente da mesma forma que os *normais* (Goffman, 2001).

especial de relação entre atributo e conceito. O seu estudo incidirá sobre o modo como se organiza a experiência no quotidiano, como se processa a interacção entre dois ou mais indivíduos em situação de co-presença física e especialmente sobre as formas de preservação da sua identidade através das técnicas de controlo de informação (Goffman, 1988).

Contudo, a maior parte da produção científica actual relativa ao estigma e à doença mental provém basicamente de três grandes grupos: o grupo liderado por Matthias Angermeyer na Alemanha, vinculado à Associação Mundial de Psiquiatria; o grupo organizado por Patrick Corrigan e David Penn nos EE.UU., relacionados com os programas de Reabilitação Psicossocial e com uma sólida base em Psicologia Social e finalmente, também nos EE.UU. o grupo dirigido por Bruce Link e Jo Phelan, com uma perspectiva mais sociológica (López et al., 2008).

Corrigan and Watson (2002) estabelecem a diferença entre “estigma público e privado”, sendo que o “*Estigma público*” é o fenómeno característico de grandes grupos sociais que apoiam determinado estereótipo e agem em conformidade contra um grupo estigmatizado (ex. pessoas com doença mental); e “*Estigma privado ou Auto-Estigma*” como a perda de auto-estima e auto-eficácia que decorre de a pessoa interiorizar o Estigma Público. A conceptualização actual do estigma na doença mental combina as definições de Corrigan and Watson (2002) e de Link and Phelan (2001):

- Corrigan and Watson (2002): Referem que o Estigma Público e Privado se compõem dos seguintes traços cognitivos-comportamentais (Corrigan & Penn, 1999; Corrigan & Watson, 2002; Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005):

a) «**Estereótipos**» (aspecto cognitivo): São um conjunto de crenças, estruturas de conhecimento cognitivas e emocionais, em grande parte erróneas, que resultam de generalizações e/ou especificações, que a maioria da população mantém em relação a um determinado grupo social e que condicionam, em grande medida, a percepção, a memória e a valorização de muitas das características e comportamentos dos membros desse grupo (Corrigan, 2004b). Os estereótipos mais comumente generalizados são: perigosidade, imprevisibilidade, incompetência, infantilidade, culpabilidade e contágio (Corrigan, 2004a) descritos no Quadro nº 1.

b) «**Preconceitos**» (aspecto emocional): São predisposições emocionais, geralmente negativas, que a maioria experiencia em relação aos membros de um grupo sujeito a crenças estereotipadas. Definem a atitude que reflecte a disposição das pessoas para interagir de forma negativa (neste caso) ou positiva para com o objecto do preconceito, sem analisar se existe alguma razão que justifique o dito comportamento. São, portanto, conceitos formados antecipadamente e sem fundamentos sérios ou razoáveis; atitudes e ideias rígidas com conteúdo racional e emocional negativo e injusto, que deriva dos estereótipos. Assim, o medo, a raiva, a pena e a repugnância, são, segundo Corrigan (2004a), os preconceitos mais importantes perante a doença mental, como descrito no Quadro nº 1.

c) «**Discriminação**» (aspecto comportamental), ou propensão a desenvolver acções ou comportamentos positivos ou negativos, geralmente medidos em termos da distância social<sup>5</sup> desejado para com os referidos membros. A discriminação é o efeito imediato e visível causado pelos preconceitos sociais. É uma reacção comportamental derivada do preconceito, como por exemplo: medo, raiva, pena e repugnância, como descrito no Quadro nº 1.

• Link and Phelan (2001) conceptualizam o “processo de estigmatização”. Segundo estes autores só existe estigma quando convergem diferentes componentes e que basicamente envolvem um conjunto de etapas mais ou menos sucessivas:

1. A distinção, rotulagem (*labeling*) e identificação de uma determinada marca ou diferença que afecta um grupo de pessoas;

2. A associação às pessoas marcadas de características desagradáveis, em função de convicções culturais prevalentes;

3. A sua consideração como um grupo distinto e diferente: "nós" vs "eles";

4. Impacto emocional sobre as pessoas que estigmatizam (medo, ansiedade, raiva, compaixão) e sobre quem é já estigmatizado (medo, ansiedade, vergonha), frequentemente menosprezado, com grande importância no fortalecimento do processo e do seu impacto sobre o comportamento;

5. Perda de estatuto e discriminação que afectam consecutivamente a pessoa ou o grupo estigmatizado, levando a resultados diferentes em diferentes áreas, geralmente, desfavoráveis;

---

<sup>5</sup> Define-se como “ (...) A disposição relativa de uma pessoa para participar em relacionamentos, de diferentes graus de intimidade, com uma pessoa que tem uma identidade estigmatizada” (Bowman, 1987, cit. in Altindag, 2006)

6. A existência de factores estruturais ou dimensões que têm a ver, em última instância, com assimetrias de poder (Corrigan, Markowitz & Watson, 2004; Corrigan & Penn, 1999; Rüscher et al., 2005), sem as quais o processo não iria funcionar, ou pelo menos não com a mesma intensidade nem com as mesmas consequências para as pessoas afectadas.

Quadro nº 1 - Exemplos de atitudes e comportamentos para com as pessoas com perturbação mental.  
(Adap. Corrigan, 2004a)

|          |          | Atitudes   | Comportamentos   |
|----------|----------|--|--|
| Negativo |          | <p><b>Estereótipo</b><br/><u>Crenças negativas</u> sobre as pessoas com perturbação mental</p> <p><b>Preconceito</b><br/><u>Reacções emocionais</u> que resultam da transferência dos estereótipos</p> <p><u>Perigosidade:</u> <i>As pessoas, devido à sua perturbação mental, são susceptíveis de se tornarem violentas.</i></p> <p><u>Imprevisibilidade:</u> <i>A sua violência é exacerbada por nunca sermos capazes de dizer como uma pessoa com perturbação mental vai reagir.</i></p> <p><u>Incompetência:</u> <i>As pessoas com perturbação mental não são capazes de viver autonomamente ou gerir seja o que for, a não ser o mais simples dos postos de trabalho.</i></p> <p><u>Infantilidade (paternalismo):</u> <i>As pessoas com perturbações mentais necessitam de uma figura autoritária para tomar as decisões por eles, tal como um pai faz por uma criança.</i></p> <p><u>Culpabilidade:</u> <i>As pessoas com perturbação mental optam por estarem doentes, porque é uma fraqueza de carácter moral.</i></p> <p><u>Contágio:</u> <i>Os indivíduos que se relacionam com as pessoas com perturbações mentais irão desenvolver o mesmo tipo de sintomas e incapacidades.</i></p> | <p><b>Discriminação</b><br/><u>Comportamentos negativos</u> que resultam de estereótipos e preconceitos</p> <p><u>Coacção:</u> <i>Tratamento forçado.</i></p> <p><u>Evitar:</u> <i>Exploração de trabalho e oportunidades de uma vida autónoma.</i></p> <p><u>Prioridades baixas:</u> <i>Providenciar recursos mais dignos para as pessoas e serviços de primeira.</i></p> |
|          | Positivo | <p><u>Expectativas positivas</u> sobre as pessoas com perturbação mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recovery</li> <li>- Metas, objectivos reais de vida</li> <li>- Empowerment</li> </ul> <p>O objectivo emocional é a <u>empatia</u> e não a simpatia</p>   | <p><u>Ações afirmativas</u> que promovam as pessoas com perturbação mental a todos os níveis de oportunidades de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alojamento razoável</li> <li>- O aumento dos financiamentos</li> </ul>   |

Este processo funciona sobre distintos tipos de pessoas e grupos, mas centrar-nos-emos em como as atitudes dos profissionais da saúde mental poderão influenciar na prática profissional diária em contacto com as pessoas com uma perturbação mental. Antes de iniciar esta análise, é importante referir que o estigma prejudica a pessoa estigmatizada de três formas diferentes (Corrigan, 2007):

1. Mantendo comportamentos de evitação perante o processo de estigmatização, isto é, a maior parte das pessoas que poderiam beneficiar dos cuidados no âmbito da saúde mental optam por não iniciar estes tratamentos ou não aderem plenamente aos mesmos (Sirey, Bruce, Alexopoulos, Perlick, Friedman & Meyers, 2001), evitando assim o “etiquetado” de “doente mental” bem como o prejuízo e a discriminação associados ao estigma. O próprio diagnóstico poderá promover a estigmatização do utente (Corrigan, 2007);

2. Bloqueando oportunidades vitais: As pessoas diagnosticadas são frequentemente incapazes de obter trabalhos de qualidade ou de encontrar um alojamento aceitável por causa dos prejuízos dos empregadores e dos proprietários (Corrigan, 2007);

3. Favorecendo o auto-estigma: Muitas das pessoas com uma perturbação mental habitualmente manifestam atitudes similares às atitudes do público geral, assumindo os estereótipos de perigosidade, incapacidade para lidar com a perturbação e a impossibilidade de cura (Corrigan & Penn, 1999).

Contudo, nem todas as pessoas afectadas reagem da mesma forma perante as atitudes prevalentes. De facto, também podemos encontrar dois tipos de respostas alternativas: Indiferença e/ou auto-afirmação (“*empowerment*”)<sup>6</sup>. A análise que a pessoa afectada realiza perante esta situação (Corrigan & Watson, 1999), em função das variáveis pessoais, assim como do contexto social e especialmente do nível de apoio social e institucional e dos grupos de referência, condicionarão uma ou outra resposta perante as atitudes anteriormente mencionadas (Corrigan, 2002).

## 2.2 – Estigma vs Profissionais da Saúde

É conhecido por todos os clínicos da Saúde Mental o facto de que uma grande parte da sociedade que poderia beneficiar de um tratamento psiquiátrico não acede ao mesmo. Só uma

---

<sup>6</sup> *Empowerment*: Refere-se à mudança de atitudes em relação às pessoas com perturbação mental, deixando estas de serem vistas como meros “recipientes passivos” de serviços, passando a ter um papel activo no seu processo de reabilitação (Monteiro & Matias, 2007).

pequena minoria dos 450 milhões de pessoas que apresentam perturbações mentais está a receber tratamento (OMS, 2001). Quase dois terços das pessoas com diagnóstico de doenças mentais não procuram tratamento (Corrigan, Watson, Byrne & Davis, 2005). Aliás, existe uma alta taxa de abandono dos mesmos uma vez iniciados. Estas situações acontecem em todas as perturbações mentais. Sendo mais específicos, menos de dois terços das pessoas com esquizofrenia seguem tratamento (WHO, 2004). A utilização dos “rótulos diagnósticos” por parte dos psiquiatras, a permissividade dos internamentos involuntários, a utilização dos medicamentos antipsicóticos com efeitos colaterais, assim como as políticas existentes e a escassez de recursos sócio – sanitários para proporcionar o melhor tratamento a estes utentes, poderão ser factores que contribuem para a estigmatização destas pessoas (Beales, 2001; Sartorius, 2002).

Aliás, os utentes dos Serviços de Saúde Mental sentem-se estigmatizados pelos profissionais por diversos motivos, sendo estes a falta de interesse manifestado pelos profissionais perante o próprio utente e perante a história dos problemas de saúde mental reportados pelos mesmos; o sentimento generalizado, por parte dos usuários, da existência de um tratamento psiquiátrico farmacológico (dosagem e tipo de drogas) estandardizado para todos; a percepção de que os diagnósticos psiquiátricos são atribuídos pelos profissionais associando-os a prognósticos negativos, gerando desânimo no utente; e o facto de que muitos dos profissionais da Saúde Mental não informam suficientemente os seus utentes em relação ao tratamento que irão receber nem sobre as opções de acompanhamento terapêutico na comunidade. Os efeitos secundários da medicação, como por exemplo os sintomas extra piramidais e o aumento de peso também poderão contribuir para esta estigmatização e discriminação (Schulze, 2007).

Assim, os estudos existentes neste âmbito de análise, portanto, estigma vs. profissionais da Saúde Mental, (Schulze, 2007) investigam quatro facetas de atitudes presentes nestes profissionais:

1. Crenças acerca da perturbação mental: Expectativas em relação ao *prognóstico*, valoração da *severidade da perturbação*, *tratamentos recomendados* e *atitudes* perante os cuidados na comunidade (Schulze, 2007);

2. Atitudes para com as pessoas com uma perturbação mental, especialmente a presença de *estereótipos* e da *distância social*, sendo esta última um dos factores que mais influenciam no desenvolvimento de atitudes estigmatizantes (Link, Cullen, Frank & Wozniak, 2003). Refere-se, a distância social, às intenções de comportamento decorrentes de estereótipos negativos (Link & Phelan, 2001).

3. Opiniões acerca dos direitos civis das pessoas portadoras de uma perturbação psiquiátrica (Schulze, 2007); e

4. Comportamentos dos profissionais em contacto com os seus utentes: O uso do diagnóstico clínico e do conteúdo da comunicação entre cliente – profissional (Schulze, 2007).

É importante referir que não existem, até à data, investigações que utilizem a escala AQ-27 para analisar o estigma nos profissionais da saúde mental. Os dados que serão apresentados a seguir poderão orientar-nos no sentido de analisarmos quais as atitudes apresentadas por estes profissionais objecto de estudo. Assim sendo, Kingdon, Sharma, Hart and RCP (2004) realizaram um inquérito com 2813 membros da Royal College of Psychiatrists no Reino Unido, concluindo-se que a maioria dos psiquiatras acreditava que a perturbação mental poderia melhorar com o tratamento psiquiátrico. Contudo, muitos dos psiquiatras criticavam a utilização de altas doses de medicação para o tratamento destas perturbações. Eram, porém, ambivalentes quanto à possibilidade de estes utentes eventualmente recuperarem. Magliano, De Rosa, Fiorillo, Malangone, Guarneri, Marasco et. al (2004a) e Magliano, Fiorillo, De Rosa and Malangone (2004b) estudaram quais as crenças dos enfermeiros e psiquiatras acerca da esquizofrenia em Itália resultando que ambos os grupos profissionais tinham ampla informação sobre esta perturbação e partilhavam as mesmas expectativas positivas relativamente ao tratamento psiquiátrico, embora este tratamento fosse muito limitado, consistindo em ajudar os utentes a viver num “ambiente pacífico”. Magliano et al. (2004b), neste estudo, com uma amostra de 714 pessoas do público geral, 456 profissionais da Saúde Mental e 709 familiares de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia evidenciaram que 74% dos profissionais sanitários (psiquiatras e enfermeiros) atribuíam a etiopatogenia da esquizofrenia a factores biológicos, nomeadamente situações hereditárias. Só 20% dos profissionais atribuíam as mesmas a factores psicossociais, tais como: stress, conflitos familiares e uso indevido de drogas e álcool. O público em geral e os profissionais

partilhavam os estereótipos de que as pessoas com esquizofrenia tinham um comportamento imprevisível, de que poderiam eventualmente desempenhar um trabalho, assim como que era necessário ter procedimentos específicos para conseguir um divórcio. Kingdon et al. (2004) concluíram que os psiquiatras tendem a rejeitar os estereótipos negativos associados às perturbações mentais, tais como a perigosidade e a responsabilidade individual atribuída aos utentes com diagnóstico psiquiátrico. Os psiquiatras mantiveram as opiniões mais positivas comparativamente com os enfermeiros. Na Grécia, Arvaniti, Samakouri, Kalamara, Bochtson, Bikos and Livaditis (2008) realizaram um estudo num hospital universitário grego para medir também quais os estereótipos e prejuízos de 361 profissionais médicos (psiquiatras, enfermeiros e outros empregados) e 231 estudantes na área da Saúde Mental, resultando que os profissionais com mais de 30 anos de idade tinham uma maior familiaridade/conhecimento das perturbações mentais, resultado da experiência profissional. Confirmou-se que o nível de estudos dos inquiridos teve um papel importante na formulação de atitudes positivas para com as pessoas com perturbação mental, existindo uma relação entre um maior nível de habilitações e baixas pontuações nas escalas de discriminação e restrição social. As mulheres, as pessoas com idade avançada e aquelas com menores habilitações literárias manifestaram mais receios na integração social. Contudo, destacaram a necessidade de estes utentes terem melhores cuidados e atendimento a nível sanitário. Neste estudo os psiquiatras obtiveram menores pontuações referentes à percepção de perigosidade para com os seus utentes. Verificou-se, portanto, que os profissionais com educação superior universitária tiveram atitudes de menor discriminação, restrição social e não atribuição da perturbação mental à família comparativamente com outros inquiridos com menores habilitações. Existiu, porém, uma relação negativa entre familiaridade e distância social em todos os grupos, de forma que a maior familiaridade junto das pessoas com diagnóstico psiquiátrico corresponde a uma menor distância social observada.

Outros estudos indicam resultados contraditórios às investigações apresentadas anteriormente. Assim, Caldwell and Jorm (2001) concluíram que os psiquiatras eram os profissionais sanitários mais pessimistas em relação ao tratamento e ao prognóstico da esquizofrenia e da depressão. Neste sentido, a maior parte dos estudos existentes relacionam o estigma com uma perturbação psiquiátrica concreta, a esquizofrenia. Assim, um estudo realizado nos EEUU refere que 61% dos inquiridos acreditavam que as pessoas diagnosticadas com esquizofrenia têm bastante probabilidade de serem violentas para com as

outras pessoas, enquanto só um terço desta amostra mantém esta opinião em relação à depressão (Pescosolido, Monahan, Link, Stueve & Kikuzawa, 1999). Num outro relatório do mesmo estudo, 61% dos inquiridos indicaram a necessidade de manter distância social com as pessoas com esquizofrenia (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999). A relação entre este diagnóstico e o desejo, por parte dos inquiridos, em manterem esta distância social tem sido atribuída à percepção de perigosidade, entendida como “um temor subjacente a uma violência potencial” e não necessariamente pelos sintomas derivados da perturbação “per se” (Angermeyer & Matschinger, 1996, cit. in López et. al., 2008). Contudo, existem indícios de que as pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e outras perturbações mentais graves apresentam menor risco de comportamentos violentos em comparação com pessoas com outros diagnósticos, tais como as perturbações afectivas, de personalidade ou por consumo de substâncias. De facto, se associamos dois factores (diagnóstico de perturbação mental grave e a concretização de delitos por parte destas pessoas) observamos que a maioria das estimativas situa a violência grave associada às pessoas diagnosticadas em 5% do total de todos os delitos (Angermeyer, 2000; Arboleda Flores, Holley & Crissanti, 1998; Fazel & Grann, 2006; Stuart, 20003; Walsh, Buchanan & Fahy, 2002, cit. in López et al., 2008). Se falamos da violência desenvolvida pelas pessoas com perturbação mental crónica grave, sabemos que os maiores índices de violência correspondem à exercida sobre eles próprios, encontrando-se uma prevalência de 10% de suicídios consumados e de 20% a 40% de lesões ou tentativas de suicídio, dados referentes às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (López et al., 2008).

Rettenbacher, Burns, Kemmler and Fleischhacker (2004, cit. in Schulze, 2007), investigaram qual a percepção da gravidade da esquizofrenia comparada com outras doenças somáticas como a diabetes, cancro e epilepsia, resultando que os profissionais, em comparação com os outros inquiridos (utentes psiquiátricos), acreditavam numa maior gravidade destas perturbações psiquiátricas relativamente às doenças somáticas citadas anteriormente. Estes profissionais também eram ambivalentes nas respostas relacionadas com o tratamento: acreditavam na eficácia da medicação, mas só 71.4% estariam disponíveis a tomar medicação antipsicótica. Magliano et al., (2004b) também confirmaram as ambivalências anteriores: embora a maioria dos psiquiatras recomendassem a utilização dos antipsicóticos, só 28% dos profissionais acreditavam numa “utilidade total dos mesmos”.

Num outro estudo realizado por Nordt, Rössler and Lauber (2006) entre 1073 profissionais sanitários a trabalharem em 29 hospitais do cantão alemão da Suíça (psiquiatras, enfermeiros,

psicólogos e outros terapeutas, nomeadamente assistentes sociais e vocacionais e psicoterapeutas) junto de outras 1737 pessoas do público em geral, para avaliar as atitudes dos inquiridos e os conhecimentos dos mesmos em relação às perturbações mentais, demonstrou-se que os psiquiatras mantinham atitudes mais estigmatizantes, seguidos dos enfermeiros, terapeutas, público em geral e psicólogos. Resultou também que as pessoas mais jovens tinham estas atitudes mais estigmatizantes comparativamente às pessoas com idade mais avançada. Em relação aos direitos cívicos avaliados neste estudo, verifica-se que duas de cada três pessoas do público em geral (65.7%) eram favoráveis à revogação da licença de condução das pessoas com perturbações mentais. Contudo, os enfermeiros foram o segundo grupo a concordar com esta medida (46.0%). Os psiquiatras (3.0%), em comparação com os enfermeiros (2.8%), também tiveram pontuações maiores relativamente à retirada do direito do voto às pessoas diagnosticadas, embora estes resultados sejam menores que os obtidos comparativamente à população geral (19.6%). No entanto, os enfermeiros (9.8%) eram mais a favor do que os psiquiatras (8.5%) no recomendar o aborto para mulheres com diagnóstico psiquiátrico e as pessoas do público geral obtiveram maiores resultados comparativamente aos profissionais da Saúde Mental (29%). Contudo, os profissionais sanitários (98.5% para os psiquiatras e 98.2% para os enfermeiros) eram mais favoráveis à admissão compulsiva nas Instituições Psiquiátricas. Finalmente, também estes profissionais tiveram mais facilidade em reconhecer a vinheta identificando uma pessoa diagnosticada com esquizofrenia. Em todos os grupos profissionais e no público em geral, a distância social para com a esquizofrenia era significativamente maior que com a depressão, sendo os psiquiatras os inquiridos que maior distanciamento social mantinham com uma pessoa diagnosticada com esta perturbação mental.

Na Nigéria foi realizado também um estudo (Adewuya & Oguntade, 2007) para avaliar as atitudes dos médicos de diferentes especialidades relativamente às pessoas com doença mental, com uma amostra de 312 médicos de 8 Instituições obtendo-se resultados interessantes: 67.8% dos inquiridos atribuíam a perturbação mental a factores pessoais (abuso de drogas, cannabis e álcool), seguido por factores sociais (stress pessoal, financeiro ou matrimonial) com 58.3%, e a outros factores que não se tinham revelado noutros estudos, nomeadamente aqueles que atribuem as causas da perturbação mental a factores sobrenaturais (bruxaria e feitiçaria) com 53.8%. Os estereótipos mais comumente referidos neste estudo foram a imprevisibilidade (85.9%), a perigosidade (70.5%), a falta de auto-controlo (59%) e a

agressividade (53.8%) dos comportamentos das pessoas com perturbação mental, resultados que não diferem muito de outros estudos realizados nas culturas ocidentais. Estes investigadores contrariam alguns autores de países ocidentais, como por exemplo Corrigan (2002) que defendia que o estigma associado à perturbação mental pelos profissionais da Saúde Mental era menos evidente em África.

A necessidade de erradicar o estigma e a discriminação associados às perturbações mentais tem sido um dos objectivos das políticas sanitárias internacionais (WHO, 2005). De facto, muitos são os programas internacionais de “combate” ao estigma onde participaram e participam os profissionais da Saúde Mental, como por exemplo o Changing Minds Campaign desenvolvido pela Royal College of Psychiatrists em Inglaterra (Crisp, Gelder, Goddard & Meltzer, 2000), o PSYKE – Campaign na Suíça (Handikappombudsmannen, 2001), a SANE – Australia (Hocking, 2003) e a ENCONTRAR+SE, em Portugal, entre outras. Em 1996, a Associação Mundial de Psiquiatria (WPA) elaborou um programa internacional de combate ao estigma e à discriminação existente em torno à esquizofrenia. “The WPA International Programme” foi organizado para dissipar os mitos e equívocos existentes, estabelecendo como objectivos fundamentais os seguintes: aumentar a consciência e o conhecimento da natureza da esquizofrenia e as opções de tratamento; melhorar as atitudes do público sobre aqueles que têm ou tiveram esquizofrenia e sobre as suas famílias; e gerar acções para a eliminação dos preconceitos e da discriminação. Assim, a WPA, com o objectivo de reduzir o estigma e a discriminação devido à esquizofrenia, recomenda mudar as atitudes das pessoas através de programas educacionais e mudar as políticas e as leis para reduzir a discriminação e aumentar a protecção legal dos que têm doenças mentais. Assim, os profissionais da Saúde Mental poderão ser agentes válidos para as campanhas anti-estigma. Examinar as atitudes dos profissionais e tentar incrementar a tolerância poderão ser duas medidas importantes para mudar os comportamentos destes profissionais (Sartorius, 1998). O *protesto e/ou mobilização social* perante factos concretos relacionados com o estigma, a *educação* da população geral e o *contacto e/ou interacção social* junto das pessoas com diagnóstico psiquiátrico, têm sido as abordagens utilizadas para mudar as atitudes estigmatizantes (Corrigan, 2002). Contudo, sabe-se que, de entre todas as estratégias mencionadas para mudar/erradicar estas atitudes, a mais útil será o contacto e/ou interacção social junto das pessoas com perturbação mental (Corrigan & Penn, 1999; Corrigan & Watson, 2002; López et al., 2008).

### 3 – OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir para um maior esclarecimento do estigma associado aos profissionais da saúde mental em Portugal;
- Colaborar na validação do “Questionário de Atribuição AQ-27” para a população portuguesa;
- Iniciar o estudo do estigma nos auxiliares de acção médica;
- Propor iniciativas encaminhadas para a redução do estigma nos profissionais da saúde mental; e
- Estabelecer linhas futuras de investigação sobre o estigma para estes grupos profissionais.

### 4 – MÉTODO

#### 4.1 - Hipóteses

Com base na leitura e análise das diversas investigações que apresentamos anteriormente, as hipóteses da investigação no âmbito da Tese intitulada “*O Estigma na Esquizofrenia: Atitudes dos Profissionais da Saúde Mental*” são as seguintes:

1. Não se espera encontrar um efeito da variável género nos nove domínios do estigma na perturbação mental.
2. É esperado encontrar diferenças significativas entre os diversos profissionais de saúde mental (médicos psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de acção médica) relativamente ao estigma face ao doente mental.
3. É esperado encontrar diferenças nos domínios do questionário AQ-27 em função do tempo de serviço na saúde mental.
4. É esperado que os profissionais de saúde mental que trabalham com pessoas diagnosticadas com esquizofrenia em situação de agudização apresentem valores superiores nos domínios/factores de perigosidade e de medo, comparativamente com aqueles que trabalham com pessoas com esquizofrenia em situação crónica.

5. É ainda esperado que os profissionais da saúde mental que tenham uma relação pessoal com uma pessoa diagnosticada com doença mental tenham uma percepção de menor perigosidade e de medo comparativamente com aqueles que não tenham um relacionamento pessoal.

#### 4.2 - Amostra

De forma a testar as hipóteses apresentadas, contou-se com uma amostra *não probabilística*<sup>7</sup> *por conveniência*<sup>8</sup>, constituída por 95 profissionais de saúde mental das Casas de Saúde de São João de Deus (CSSJD-Barcelos) e do Bom Jesus (CSBJ-Braga) e instituições hospitalares públicas e privadas que acederam participar no estudo. Participaram neste estudo três grupos de profissionais da saúde mental: médicos psiquiatras (N = 25; 26.3%), enfermeiros (N = 30; 31.6%) e auxiliares de acção médica (N = 40; 42,1%). A maioria reside no centro da cidade (N = 62; 65.3%) e apenas 32 profissionais residem em aldeias ou vilas (N = 32; 33.7%).

Os critérios de inclusão para o estudo foram os seguintes: trabalhar numa destas Instituições e ter alguma das categorias profissionais objecto de estudo (médico psiquiatra, enfermeiro ou auxiliar de acção médica).

O projecto de investigação utilizará a metodologia quantitativa, sendo descrito como um estudo exploratório.

#### 4.3 - Instrumentos de avaliação

O Protocolo de Investigação foi constituído pelos seguintes documentos:

- Uma folha informativa intitulada “*Estigma na Doença Mental*” (anexo nº 1), dando informação precisa do projecto global de investigação a ser realizado pelos mestrandos em Reabilitação Psicossocial pela Universidade Católica de Porto (“*Estigma público e privado face à Doença Mental: Estudo exploratório da realidade portuguesa*”), em que se insere a presente investigação; os objectivos específicos da investigação “*O Estigma na Esquizofrenia: Atitude dos Profissionais da Saúde Mental*” e a

---

<sup>7</sup> Amostragem não probabilística é aquela em que a selecção dos elementos da população para compor a amostra depende em parte, do julgamento do pesquisador (Pestana & Gageiro, 2008).

<sup>8</sup> A amostragem por conveniência é empregada quando se deseja obter informação de maneira rápida, uma vez que o procedimento consiste simplesmente em contar unidades convenientes da amostragem (Pérez, 2008).

apresentação do responsável pelo estudo e do orientador da Tese. Foram facultados o e-mail e o número de telemóvel do investigador de forma a responder às dúvidas e/ou outras questões surgidas por parte dos participantes;

- *Questionário sociodemográfico* (anexo nº 2): Constituído pelos dados pessoais do inquirido, o nível de habilitações do profissional, as suas fontes de rendimento familiar, o conforto do alojamento, o aspecto do bairro onde habita, questões relativas ao local de trabalho, tempo de serviço em Saúde Mental e familiaridade junto das pessoas com uma doença mental.
- *Questionário de Atribuição AQ-27* (anexo nº 3), versão portuguesa do “The Attribution Questionnaire 27” (AQ-27), utilizado para medir os elementos do preconceito dirigido às pessoas com doença mental.

Iremos agora abordar de um modo mais detalhado o Questionário de Atribuição AQ-27, que é o instrumento central nesta investigação.

#### **4.3.1 - Questionário de Atribuição AQ-27**

O Questionário de Atribuição AQ-27 (“The Attribution Questionnaire 27”) é um instrumento da autoria de Corrigan (2004a) utilizado para medir os elementos do preconceito relativo às pessoas com doença mental. O AQ-27 tem sido utilizado em mais de uma dúzia de estudos e tem-se demonstrado ser um questionário sensível para medir as várias atitudes, assim como outras reacções prejudiciais sofridas pelas pessoas com uma doença mental (Corrigan, 2004a). O questionário é constituído por 27 itens divididos em nove factores/domínios (três itens por factor/domínio): Responsabilidade, Pena, Irritação, Perigosidade, Medo, Ajuda, Coacção, Segregação e Evitamento. Cada item apresenta uma escala de Likert com nove possíveis respostas de concordância. Quanto maior é a pontuação em cada um destes factores/domínios, mais este está representado no sujeito. Os três itens do domínio *Evitamento* têm uma cotação invertida (itens 7, 16 e 26). No Quadro nº 2 apresentamos a definição dos nove factores/domínios do questionário AQ-27.

A consistência interna do questionário utilizado nesta investigação foi de 0.83 (Alfa de Cronbach), obtendo resultados muito similares a outros estudos recentes: 0,828 (Sara, Marques & Queirós, em curso).

Quadro nº 2: Elementos do prejuízo dirigido às pessoas com uma doença mental (Adap. Corrigan, 2004a)

| <b>Atitudes estigmatizantes e respostas prejudiciais</b> | <b>Tipo de prejuízo</b> | <b>Definição</b>   |
|--|-------------------------|--|
| <b>Responsabilidade</b>                                  | Estereótipo             | Culpabilizar à pessoa pelo início e pelas recaídas da doença mental.   |
| <b>Pena</b>  | Reacção emocional       | Hiper-simpatizar pode levar a uma perspectiva autoritária, que pode retirar o poder a pessoas com doença mental. |
| <b>Irritação</b>   | Reacção emocional       | Como no resultado da culpabilização, desprezando as pessoas com uma doença mental.                               |
| <b>Perigosidade</b>                                      | Estereótipo             | As pessoas com uma doença mental são imprevisíveis e violentas.  |
| <b>Medo</b>  | Reacção emocional       | Como resultado do estereótipo de perigosidade, têm medo das pessoas com uma doença mental.                       |
| <b>Negação da Ajuda</b>                                  | Decisão comportamental  | Omitir ajuda a pessoas com doença mental porque estas não são merecedoras.                                       |
| <b>Coacção</b>   | Decisão comportamental  | Defender tratamentos obrigatórios, aos quais as pessoas com doença mental devem aderir.                          |
| <b>Segregação</b>  | Decisão comportamental  | Defender o tratamento em instituições segregadas, longe das pessoas na comunidade.                               |
| <b>Evitamento</b>  | Decisão comportamental  | Não querer trabalhar junto, ou viver perto de pessoas com doença mental.   |

Até à data, o AQ-27 não se encontra validado para a população portuguesa, embora esteja a decorrer um estudo de investigação em Portugal para o validar. O AQ-27 utilizado neste estudo é uma versão traduzida e utilizada para fins de investigação, tendo autorização, por parte dos investigadores/tradutores, para a sua utilização (anexo nº 4).

A versão portuguesa do questionário é acompanhada por quatro histórias alternativas ou vinhetas, ajudando o inquirido a responder às questões apresentadas. Todas elas se centram em histórias de uma pessoa, o José, com diagnóstico de esquizofrenia, embora cada uma delas apresente diferentes condições: sem perigo, perigo, perigo sem controlo de causa e perigo com controlo de causa. Neste estudo foi apresentado o José com a condição de perigo, visto que este é um dos estereótipos comumente partilhado por muitos dos profissionais da saúde

mental e poderá representar situações acontecidas nas Unidades de Curto Internamento das Instituições onde foram recolhidos os dados.

Cada participante neste estudo respondeu aos 27 itens tendo por base a história que se segue. *“José é um homem de 30 anos de idade, solteiro e com Esquizofrenia. Da última vez que os seus sintomas pioraram, ele ouviu vozes e acreditou que os seus vizinhos estavam a planear atacá-lo. Ele atacou a sua senhoria acreditando que ela estava envolvida no plano. Quando a Polícia o acompanhou até ao hospital ele tentou tirar a arma do agente. Perturbou a ordem da sala de urgências e teve de ser colocado num lugar restrito. O José só se acalmou quando lhe deram uma grande dose de medicação.”*

A estrutura factorial do AQ-27 foi testada através de duas análises factoriais confirmatórias, tendo-se verificado adequados índices de ajustamento dos dois modelos testados (Corrigan, Rowan, Green, Lundin, River, Uphoff-Wasowski et al., 2002). Relativamente à sua estabilidade temporal observou-se uma correlação teste-reteste adequada em seis dos nove factores/domínios ( $r \geq .75$ ; Piedade, Perigosidade, Medo, Ajuda, Segregação e Evitação) e uma correlação apenas moderada nos restantes três factores/domínios ( $r \geq .55$ ; Responsabilidade, Raiva e Coerção).

#### **4.4 – Procedimentos e Questões Éticas**

Seguindo as directrizes do orientador da Tese e depois de termos revisto os documentos que constituíam o Protocolo de Investigação, o mestrando apresentou o Protocolo nos diferentes Comités de Ética, tendo tido consentimento para realizar o estudo. Assim sendo, foi combinado que o Coordenador de Enfermagem da CSBJ se responsabilizaria por distribuir estes documentos e de responder às possíveis dúvidas que pudessem surgir por parte dos profissionais no preenchimento da documentação e/ou outras questões relativas à investigação. Contudo, foi previamente estabelecida uma reunião com a Coordenação de Enfermagem desta Instituição, de forma a explicar detalhadamente os objectivos do estudo. Na CSSJD, o Comité de Ética e a Direcção daquela Instituição acordaram que seria o próprio mestrando a proceder à recolha de dados. Assim sendo, foram referidos aos participantes quais os objectivos do estudo e entregues os documentos do Protocolo de Investigação a todos os médicos psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de acção médica de forma a proceder, voluntariamente, ao preenchimento dos mesmos. Durante os meses de Novembro e Dezembro de 2009, data em que ocorreu a recolha de dados em ambas as Instituições, houve sempre

feedback entre o investigador e a Coordenação de Enfermagem da CSBJ e disponibilidade, por parte do investigador, para responder pessoalmente às questões que pudessem surgir na CSSJD. Também foram enviados Protocolos de Investigação a médicos psiquiatras das cidades de Porto e de Lisboa (amostra não probabilística por conveniência) através dum envelope e selo a franquear ao domicílio do mestrando. Os participantes assinaram um *Consentimento Informado* (anexo nº 5), documento que salvaguarda o anonimato de cada um dos participantes e autoriza, através da assinatura do mesmo, a participação do profissional e a utilização dos dados, referidos nos diferentes questionários, no estudo de investigação.

## 5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1. – Caracterização da amostra

Relativamente à distribuição de género, 46 participantes são do género masculino (48.4%) e 49 do género feminino (51.6%). A média da idade da amostra completa é de 42.98 anos (DP = 12.77), sendo que os médicos psiquiatras têm uma média de idade de 51.71 anos (DP = 11.85), os enfermeiros de 32.46 anos (DP = 7.42) e os auxiliares de acção médica de 45.10 anos (DP = 11.35). No Gráfico 1 podemos ver o *Boxplot* relativo à variável idade para cada um dos grupos profissionais.

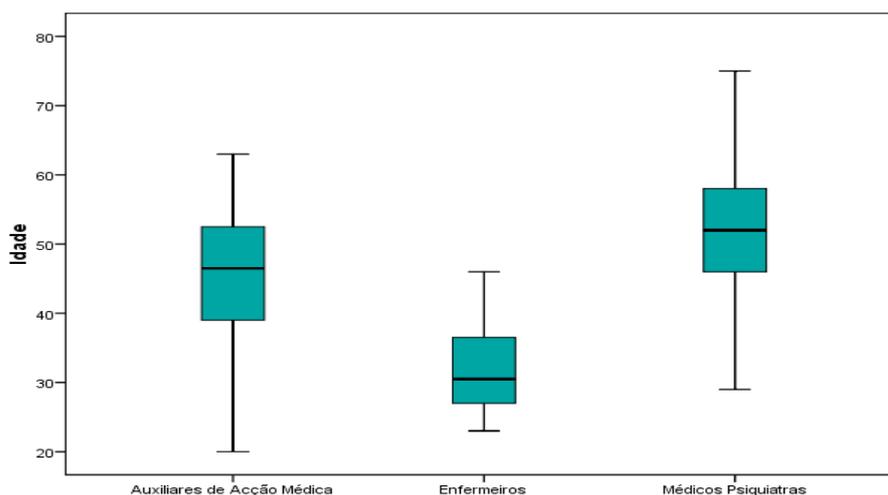


Gráfico 1 – Boxplot da Idade x Grupo Profissional

Estes profissionais trabalham em média há 14.35 anos (DP = 11.05) no serviço de saúde mental. No Gráfico 2 encontra-se o *Boxplot* relativo ao tempo de serviço para cada grupo profissional. Os médicos psiquiatras (M = 23.42; DP = 10.21) são os que trabalham há mais

anos na área da saúde mental, seguidos dos auxiliares de acção médica ( $M = 14.24$ ;  $DP = 10.87$ ) e, por último, dos enfermeiros ( $M = 7.41$ ;  $DP = 5.88$ ).

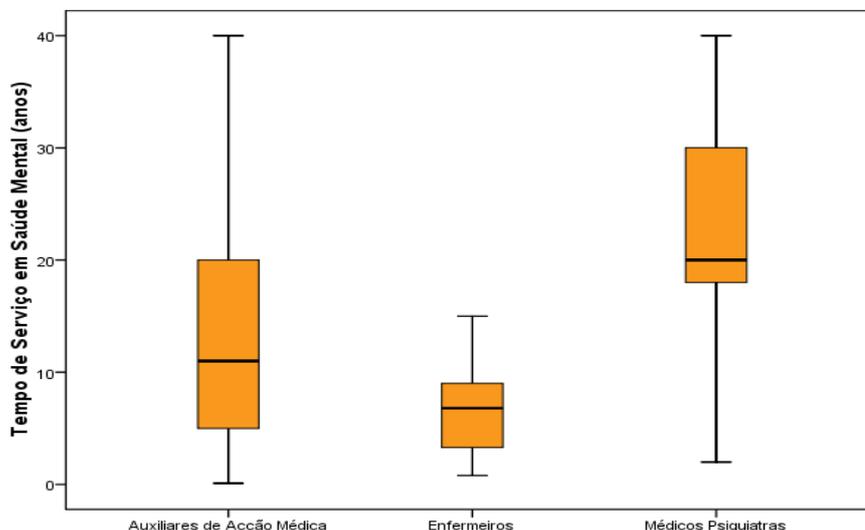


Gráfico 2 – Boxplot de Anos de Serviço x Grupo Profissional

Estes profissionais intervêm directamente com doentes mentais em estado agudo ( $N = 11$ ; 11.6%), em estado crónico ( $N = 51$ ; 53.7%) ou simultaneamente com doentes em estado agudo ou crónico ( $N = 33$ ; 34.7%). A esmagadora maioria dos participantes nunca precisaram, ao longo da sua vida, de ajuda profissional devido a doença mental ( $N = 84$ ; 88.4%) enquanto que 9 participantes (9.5%) afirmam já terem tido a necessidade dessa ajuda. Sessenta e dois (65.3%) profissionais de saúde referem ter uma relação pessoal com pessoas com doença mental, enquanto que os restantes 33 profissionais referem não ter essa relação (34.7%).

A maioria dos participantes desta amostra apresentam como habilitações académicas a Licenciatura ( $N = 50$ ; 52.6%), 35 têm apenas o Ensino Básico (36.8%), 5 têm Mestrado ou Doutoramento (5.3%) e apenas 3 participantes têm o Ensino Secundário (3.2%). No Gráfico 3 podemos ver a distribuição das habilitações académicas dos participantes em função da ocupação profissional. Os auxiliares de acção médica têm na sua maioria o Ensino Básico e nenhum tem um curso superior, os enfermeiros são, na sua maioria, Licenciados e apenas um tem um Mestrado, enquanto que 84% dos médicos psiquiatras são Licenciados, 8% têm Mestrado e 8% têm Doutoramento.

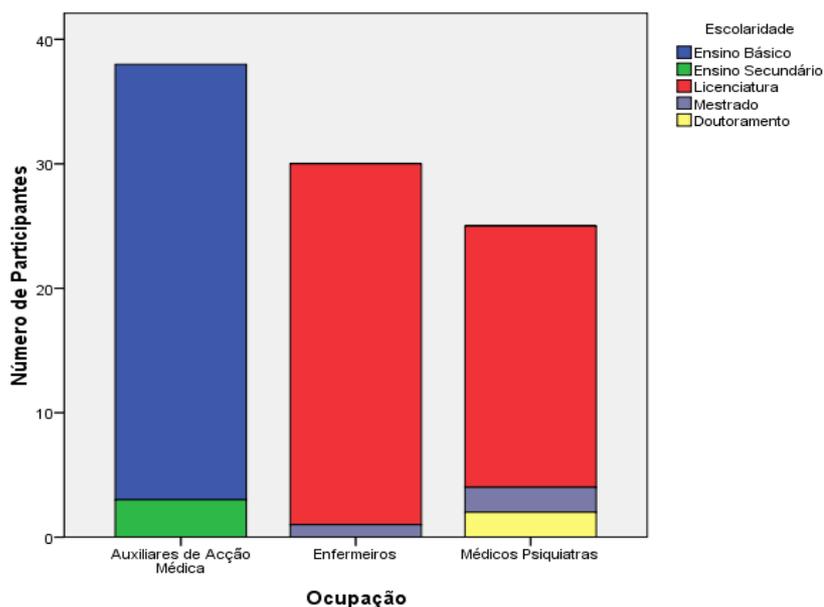


Gráfico 3 – Habilitações Académicas em função da ocupação profissional

## 5.2 – Análise Descritiva

Foi efectuada inicialmente uma análise descritiva dos diversos domínios que constituem o AQ-27. Como vimos aquando da descrição do instrumento, cada um dos nove domínios do AQ-27 é constituído por 3 itens classificáveis numa escala de Likert de 9 pontos, em que cada domínio poderá apresentar uma pontuação total entre os 3 e os 27 pontos. Para realizar o tratamento estatístico dos dados da presente investigação, foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 16.

Pela análise do Quadro nº 3 podemos verificar que os domínios Responsabilidade e Irritação são aqueles que apresentam valores médios mais baixos, enquanto que os domínios Ajuda, Coacção e Pena apresentam os valores mais elevados. Estes resultados parecem indicar que os participantes desta amostra atribuem uma reduzida responsabilidade às próprias pessoas com uma doença mental pela sua situação clínica e ficariam pouco irritados perante o comportamento disruptivo do utente apresentado na vinheta. Estes profissionais teriam uma grande disponibilidade para o ajudar, para o coagir a iniciar um tratamento, demonstrando, contudo, um sentimento de pena.

Relativamente aos indicadores de assimetria (*skewness*) e achatamento (*kurtosis*), podemos verificar que a maioria dos domínios do AQ-27 apresenta valores aceitáveis o que indica que a generalidade dos dados assume uma distribuição normal.

Quadro nº 3 – Análise Descritiva dos Domínios do AQ-27

|                     | M     | DP   | Mínimo | Máximo | Skewness | Kurtosis |
|---------------------|-------|------|--------|--------|----------|----------|
| 1. Responsabilidade | 7.74  | 3.86 | 3      | 22     | .92      | 1.05     |
| 2. Pena             | 17.12 | 5.84 | 3      | 27     | -.02     | -.85     |
| 3. Irritação        | 8.65  | 4.57 | 3      | 27     | 1.14     | 2.32     |
| 4. Perigosidade     | 13.92 | 5.03 | 3      | 26     | .15      | -.13     |
| 5. Medo             | 11.43 | 5.43 | 3      | 26     | .56      | -.13     |
| 6. Ajuda            | 22.75 | 4.12 | 7      | 27     | -1.31    | 1.90     |
| 7. Coacção          | 18.88 | 3.91 | 3      | 27     | -.90     | 2.73     |
| 8. Segregação       | 15.01 | 5.06 | 3      | 26     | .33      | -.31     |
| 9. Evitamento       | 15.52 | 5.88 | 3      | 27     | -.17     | -.44     |

Nota: M – Média; DP – Desvio-Padrão

### 5.3 – Análise de Correlação

Para se analisar a relação existente entre os nove domínios que constituem o AQ-27 procedeu-se a uma análise de correlação tendo-se utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson.

Dos diversos resultados obtidos desta análise de correlação (ver Quadro nº 4) verificamos que a Perigosidade apresenta uma elevada correlação positiva significativa com o Medo ( $r = .78$ ;  $p < .01$ ), com a Irritação ( $r = .67$ ;  $p < .01$ ) e com a Coacção ao início do tratamento ( $r = .60$ ;  $p < .01$ ). O Medo apresenta correlações elevadas positivas significativas com a Irritação ( $r = .70$ ;  $p < .01$ ) e com a Perigosidade ( $r = .78$ ;  $p < .01$ ). Por outro lado, a Ajuda evidencia correlações significativas negativas com a Irritação ( $r = -.44$ ;  $p < .01$ ), Perigosidade ( $r = -.27$ ;  $p < .01$ ), Medo ( $r = -.23$ ;  $p < .01$ ), Coacção ( $r = -.27$ ;  $p < .01$ ) e Segregação ( $r = -.41$ ;  $p < .01$ ).

Em suma, estes resultados parecem indicar que a percepção da perigosidade do doente mental está relacionada com o sentimento de medo, com a irritação perante o seu comportamento e com a obrigatoriedade de iniciar o respectivo tratamento, enquanto que a maior disponibilidade para ajudar o doente mental está relacionada com uma menor irritação,

menor sentimento de medo e de perigosidade, menor segregação e menor necessidade de o coagir a iniciar um tratamento.

Quadro nº 4 – Análise de Correlação de Pearson entre os Domínios do AQ-27

|                     | 1 | 2   | 3     | 4     | 5     | 6      | 7     | 8      | 9      |
|---------------------|---|-----|-------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|
| 1. Responsabilidade |   | .14 | .26*  | .08   | .06   | -.13   | .07   | -.10   | .16    |
| 2. Pena             |   |     | .31** | .34** | .41** | -.01   | .14   | .09    | .10    |
| 3. Irritação        |   |     |       | .67** | .70** | -.44** | .36** | .35**  | .43**  |
| 4. Perigosidade     |   |     |       |       | .78** | -.27** | .60** | .33**  | .44**  |
| 5. Medo             |   |     |       |       |       | -.23** | .44** | .41**  | .38**  |
| 6. Ajuda            |   |     |       |       |       |        | -.05  | -.27** | -.41** |
| 7. Coacção          |   |     |       |       |       |        |       | .27**  | .17    |
| 8. Segregação       |   |     |       |       |       |        |       |        | .39**  |
| 9. Evitamento       |   |     |       |       |       |        |       |        |        |

Nota: \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

## 5.4 – Análise Diferencial

Iremos agora apresentar os resultados relativos aos efeitos de um conjunto de variáveis sociodemográficas nas nove dimensões do AQ-27. As variáveis sociodemográficas em estudo são as seguintes: (1) género; (2) idade; (3) ocupação profissional; (4) tempo de serviço em saúde mental; (5) trabalho com pessoas com doença mental aguda e/ou crónica; e (6) presença de uma relação pessoal com pessoas com doença mental.

Nestas análises foram utilizados testes paramétricos para comparação de grupos em amostras independentes. Para o efeito recorreremos ao *t-test*, *amostras independentes*, e à *Anova (One-Way Anova)*; neste último caso foram sempre efectuadas análises suplementares *post hoc*, através do teste de *Scheffe*.

### 5.4.1 – Género

Na análise diferencial em função do género não se observaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos nove domínios do AQ-27: na Responsabilidade  $t(92) = 1.042$ ;  $p > .05$ ; na Pena  $t(92) = .004$ ;  $p > .05$ ; na Irritação  $t(93) = .390$ ;  $p > .05$ ; na Perigosidade  $t(93) = -.309$ ;  $p > .05$ ; no Medo  $t(92) = -1.869$ ;  $p > .05$ ; na Ajuda  $t(93) = -1.445$ ;  $p > .05$ ; na Coacção

$t(93) = -.453; p > .05$ ; na Segregação  $t(92) = -.222; p > .05$  e no Evitamento  $t(93) = .549; p > .05$ .

Estes resultados indicam que homens e mulheres não se diferenciam entre si relativamente às diversas medidas de avaliação das atitudes dirigidas às pessoas com doença mental.

#### 5.4.2 – Idade

De seguida, através do procedimento *One-Way Anova* procurou-se verificar se a idade produz um efeito significativo nos nove domínios do estigma sobre o doente mental. Agruparam-se os profissionais em três níveis etários: (1) idade inferior ou igual a 30 anos; (2) idade superior a 30 anos e inferior ou igual a 50 anos; e (3) idade superior a 50 anos.

Os resultados presentes na Quadro nº 5 permitem verificar que existe apenas uma diferença estatisticamente significativa no domínio Pena  $F(2, 88) = 3.511, p < .05$ , em que os profissionais com mais de 50 anos apresentam valores superiores de pena comparativamente com os profissionais com idade inferior ou igual a 30 anos. Não se observam diferenças na Responsabilidade  $F(2, 88) = .090, p > .05$ ; na Irritação  $F(2, 89) = .196, p > .05$ ; na Perigosidade  $F(2, 89) = .483, p > .05$ ; no Medo  $F(2, 89) = .409, p > .05$ ; na Ajuda  $F(2, 89) = .737, p > .05$ ; na Coacção  $F(2, 89) = 1.535, p > .05$ ; na Segregação  $F(2, 88) = .312, p > .05$  e no Evitamento  $F(2, 89) = 1.609, p > .05$ .

Quadro nº 5 – Médias, Desvios-Padrão e *Post-Hoc* em Função da Idade

|                  | 1. ≤ 30 anos |      | 2. > 30 e ≤ 50 anos |      | 3. > 50 anos |      | <i>post-hoc</i> |
|------------------|--------------|------|---------------------|------|--------------|------|-----------------|
|                  | M            | DP   | M                   | DP   | M            | DP   |                 |
| Responsabilidade | 7.93         | 3.95 | 7.53                | 3.57 | 7.86         | 4.26 | <i>ns</i>       |
| Pena             | 15.76        | 5.59 | 16.56               | 5.76 | 19.41        | 5.64 | 1 < 3*          |
| Irritação        | 9.06         | 4.06 | 8.31                | 4.72 | 8.64         | 5.17 | <i>ns</i>       |
| Perigosidade     | 13.77        | 4.44 | 14.70               | 5.23 | 13.45        | 5.67 | <i>ns</i>       |
| Medo             | 11.96        | 4.97 | 11.66               | 6.11 | 10.74        | 5.53 | <i>ns</i>       |
| Ajuda            | 23.25        | 3.21 | 23.00               | 4.44 | 22.03        | 4.74 | <i>ns</i>       |
| Coacção          | 18.70        | 2.59 | 19.86               | 3.70 | 18.12        | 5.09 | <i>ns</i>       |
| Segregação       | 15.16        | 4.71 | 14.44               | 5.28 | 15.48        | 5.50 | <i>ns</i>       |
| Evitamento       | 14.03        | 5.58 | 16.66               | 6.04 | 15.93        | 6.16 | <i>ns</i>       |

Nota: M – Média; DP – Desvio-Padrão; *ns* – Não Significativo; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

### 5.4.3 – Ocupação Profissional

Para avaliar se os diferentes profissionais de saúde mental (médicos psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de acção médica) apresentam diferenças significativas relativamente aos nove estereótipos do doente mental, efectuou-se uma análise estatística através da *One-Way Anova*. Os resultados obtidos indicam a presença de diferenças estatisticamente significativas na Pena  $F(2, 91) = 6.059, p < .01$ ; na Irritação  $F(2, 92) = 3.844, p < .05$ ; no Medo  $F(2, 92) = 3.993, p < .05$ ; na Segregação  $F(2, 91) = 10.593, p < .001$  e no Evitamento  $F(2, 92) = 6.190, p < .01$ .

Não foram encontradas diferenças significativas no domínio da Responsabilidade  $F(2, 91) = 1.117, p > .05$ ; da Perigosidade  $F(2, 92) = .956, p > .05$ ; da Ajuda  $F(2, 92) = 2.707, p > .05$  e da Coacção  $F(2, 92) = .004, p > .05$ .

Pela análise do Quadro nº 6 verifica-se que entre os médicos psiquiatras e os enfermeiros não foram encontradas diferenças em nenhum dos domínios do AQ-27, o que parece indicar que estes dois grupos profissionais, que têm formação científica específica e que intervêm directamente com doentes mentais, possuem percepções similares. As diferenças, quando existem, ocorrem sempre entre os auxiliares de acção médica e os médicos psiquiatras e/ou enfermeiros, em que os auxiliares de acção médica apresentam valores superiores nos diversos estereótipos sobre a doença mental.

Quadro nº 6 – Médias, Desvios-Padrão e *Post-Hoc* em Função da Ocupação Profissional

|                  | 1. Auxiliares |      | 2. Enfermeiros |      | 3. Psiquiatras |      | <i>post-hoc</i>  |
|------------------|---------------|------|----------------|------|----------------|------|------------------|
|                  | M             | DP   | M              | DP   | M              | DP   |                  |
| Responsabilidade | 8.15          | 3.48 | 8.03           | 4.15 | 6.76           | 4.04 | <i>ns</i>        |
| Pena             | 19.10         | 5.49 | 14.43          | 4.94 | 17.20          | 6.31 | 1 > 2**          |
| Irritação        | 9.86          | 5.13 | 8.66           | 4.12 | 6.72           | 3.52 | 1 > 3*           |
| Perigosidade     | 14.65         | 6.13 | 13.83          | 4.02 | 12.88          | 4.08 | <i>ns</i>        |
| Medo             | 13.07         | 6.12 | 10.96          | 4.96 | 9.36           | 3.97 | 1 > 3*           |
| Ajuda            | 21.67         | 5.34 | 23.20          | 3.05 | 23.96          | 2.3  | <i>ns</i>        |
| Coacção          | 18.87         | 4.69 | 18.93          | 2.08 | 18.84          | 4.35 | <i>ns</i>        |
| Segregação       | 17.55         | 5.05 | 12.96          | 4.24 | 13.33          | 4.25 | 1 > 2**, 1 > 3** |
| Evitamento       | 17.87         | 6.03 | 14.10          | 5.18 | 13.48          | 5.29 | 1 > 2*, 1 > 3*   |

Nota: M – Média; DP – Desvio-Padrão; *ns* – Não Significativo; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

#### 5.4.4 – Tempo de Serviço em Saúde Mental

Relativamente aos anos de serviço na saúde mental, agruparam-se os profissionais em três categorias: (1) entre 0 a 10 anos de serviço; (2) entre 11 a 20 anos de serviço; e (3) mais do que 21 anos de serviço.

Através do teste paramétrico *One-Way Anova*, não foi encontrado um efeito significativo do tempo de serviço em saúde mental em nenhum dos nove domínios do AQ-27: na Responsabilidade  $F(2, 83) = .046, p > .05$ ; na Pena  $F(2, 84) = .957, p > .05$ ; na Irritação  $F(2, 84) = .583, p > .05$ ; na Perigosidade  $F(2, 84) = 1.245, p > .05$ ; no Medo  $F(2, 84) = 1.269, p > .05$ ; na Ajuda  $F(2, 84) = .929, p > .05$ , na Coacção  $F(2, 84) = 1.065, p > .05$ ; na Segregação  $F(2, 83) = .242, p > .05$  e no Evitamento  $F(2, 84) = .115, p > .05$ .

Estes resultados parecem indicar que, independentemente do tempo de serviço que os profissionais têm na saúde mental, apresentam percepções similares relativamente ao doente mental.

#### 5.4.5 – Pessoas com Doença Mental Aguda e/ou Crónica

De seguida, procurou-se analisar a existência de diferenças significativas nos nove domínios do AQ-27 em função do trabalho directo dos profissionais de saúde mental (médicos psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de acção médica) com doentes mentais em: (1) estado agudo; (2) estado crónico; e (3) estado agudo e crónico.

Da análise dos resultados do Quadro nº 7, através da utilização do teste paramétrico ANOVA, foi encontrado um efeito significativo na Irritação  $F(2, 92) = 4.426, p < .05$ ; no Medo  $F(2, 92) = 3.517, p < .05$  e no Evitamento  $F(2, 92) = 3.731, p < .05$ . Assim, os profissionais de saúde que lidam com doentes mentais crónicos apresentam valores superiores de Irritação, Medo e Evitamento, comparativamente com os profissionais que trabalham directamente com doentes mentais em estado agudo e crónico, não se observando um efeito com os profissionais que só lidam com doentes mentais em estado agudo.

Não foram encontradas diferenças nos restantes seis domínios: Responsabilidade  $F(2, 91) = 2.716, p > .05$ ; Pena  $F(2, 91) = .973, p > .05$ ; Perigosidade  $F(2, 92) = 2.722, p > .05$ ; Ajuda  $F(2, 92) = 1.905, p > .05$ ; Coacção  $F(2, 92) = .012, p > .05$  e de um modo marginal na Segregação  $F(2, 91) = 2.948, p = .057$ .

Quadro nº 7 – Médias, Desvios-Padrão e *Post-Hoc* em Função da Doença Mental Aguda e/ou Crónica

|                  | 1. Aguda |      | 2. Crónica |      | 3. Aguda e Crónica |      | <i>post-hoc</i> |
|------------------|----------|------|------------|------|--------------------|------|-----------------|
|                  | M        | DP   | M          | DP   | M                  | DP   |                 |
| Responsabilidade | 9.18     | 3.54 | 8.20       | 3.94 | 6.57               | 3.63 | <i>ns</i>       |
| Pena             | 16.90    | 5.62 | 17.86      | 5.61 | 16.03              | 6.27 | <i>ns</i>       |
| Irritação        | 9.27     | 3.34 | 9.71       | 5.08 | 6.81               | 3.49 | 2 > 3*          |
| Perigosidade     | 13.00    | 4.51 | 15.01      | 5.59 | 12.54              | 3.89 | <i>ns</i>       |
| Medo             | 11.81    | 5.52 | 12.60      | 6.00 | 9.48               | 3.83 | 2 > 3*          |
| Ajuda            | 22.09    | 3.11 | 22.17      | 4.92 | 23.87              | 2.66 | <i>ns</i>       |
| Coacção          | 18.81    | 2.60 | 18.84      | 4.24 | 18.96              | 3.83 | <i>ns</i>       |
| Segregação       | 16.00    | 4.00 | 15.88      | 5.40 | 13.28              | 4.46 | <i>ns</i>       |
| Evitamento       | 17.00    | 5.94 | 16.62      | 5.77 | 13.33              | 5.57 | 2 > 3*          |

Nota: M – Média; DP – Desvio-Padrão; *ns* – Não Significativo; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

#### 5.4.6 – Presença de uma Relação Pessoal com Pessoas com Doença Mental

Por fim, procurou-se avaliar se a presença de uma relação pessoal com pessoas com doença mental interfere significativamente na percepção que os profissionais de saúde mental têm sobre o doente mental comparativamente com os profissionais que não apresentam essa relação.

No Quadro nº 8, foi possível verificar que os profissionais de saúde mental que possuem uma relação pessoal com pessoas com doença mental revelam um sentimento de menor irritação, de menor perigosidade e de menor receio face ao doente mental. Tal como esperado, um contacto pessoal e próximo com o doente mental parece ter um impacto positivo na reacção emocional de irritação, perigo e medo.

Quadro nº 8 – Médias, Desvios-Padrão e *t-test* em Função da Existência de uma Relação Pessoal

|                  | Com Relação Pessoal |      | Sem Relação Pessoal |      | <i>t-test</i>             |
|------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------------|
|                  | M                   | DP   | M                   | DP   |                           |
| Responsabilidade | 7.85                | 3.84 | 7.54                | 3.94 | $t(92) = .366; p > .05$   |
| Pena             | 16.37               | 5.89 | 18.51               | 5.58 | $t(92) = -1.710; p > .05$ |
| Irritação        | 7.89                | 3.99 | 10.09               | 5.28 | $t(93) = -2.275; p < .05$ |
| Perigosidade     | 13.09               | 4.91 | 15.48               | 4.97 | $t(93) = -2.246; p < .05$ |
| Medo             | 10.51               | 4.92 | 13.15               | 5.99 | $t(93) = -2.301; p < .05$ |

|            |       |      |       |      |                          |
|------------|-------|------|-------|------|--------------------------|
| Ajuda      | 23.08 | 3.79 | 22.15 | 4.67 | $t(93) = 1.046; p > .05$ |
| Coacção    | 18.90 | 3.55 | 18.84 | 4.57 | $t(93) = .065; p > .05$  |
| Segregação | 14.82 | 5.27 | 15.37 | 4.70 | $t(92) = -.499; p > .05$ |
| Evitamento | 15.29 | 6.07 | 15.96 | 5.57 | $t(93) = -.534; p > .05$ |

Nota: M – Média; DP – Desvio-Padrão; a Negrito encontram-se destacadas as análises estatísticas com nível de significância abaixo de .05

## 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Apesar de existirem resultados divergentes entre os diferentes estudos de investigação apresentados neste âmbito de análise, os resultados obtidos nesta investigação permitem confirmar algumas das hipóteses formuladas. Apresentar-se-á, neste ponto, uma discussão relativamente a estes resultados.

Assim, verifica-se que os profissionais que têm *contacto pessoal* com alguém diagnosticado com uma doença mental, revelaram menores sentimentos de irritação, perigosidade e medo perante estas pessoas. Está demonstrado que a experiência pessoal com os utentes com perturbação psiquiátrica reduz as valorações negativas atribuídas aos mesmos, porque diminui a percepção de perigosidade e imprevisibilidade associadas à perturbação, portanto, a insegurança e o temor gerado à hora de manter uma relação mais ou menos próxima (Angermeyer & Matischinger, 1996; Holmes, Corrigan, Williams, Canar & Kibiak, 1999; Wolff, Pathare, Craig & Leff 1996, cit. in Senra-Rivera et al., 2007). Logo, estes autores partilham a visão optimista de que a experiência/contacto pessoal apresenta um efeito positivo na diminuição do estigma, embora não seja especificado qual o grau de proximidade ou intimidade na relação. De facto, Corrigan (2002) descobriu que o medo e a perigosidade são duas atitudes geradoras de comportamentos discriminatórios. Por isso, pode-se interpretar, segundo os dados obtidos, que esta menor percepção de perigosidade e de medo por parte dos profissionais deriva numa maior disponibilidade, por parte destes técnicos, em ajudar as pessoas diagnosticadas.

Contudo, não se têm observado diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios do AQ-27 entre os médicos psiquiatras e enfermeiros. Não obstante, os auxiliares de acção médica apresentam valores superiores, estatisticamente significativos, em relação aos enfermeiros (nos domínios de pena, segregação e evitamento) e aos médicos psiquiatras (nos

domínios de irritação, medo, segregação e evitamento). A interpretação destes resultados tem de ser tomada com cautela, visto que não existem até ao momento, estudos específicos que abordem o estigma dos auxiliares de acção médica junto de pessoas com uma doença mental. Contudo, os dados obtidos corroboram que não será o *tempo de serviço na saúde mental* o que determinará o resultado desta diferença estatística entre os auxiliares e os outros dois grupos profissionais. Porém, as *habilitações académicas* entre os três grupos profissionais diferem entre si, sendo este um dos factores que nos ajudará a explicar os ditos resultados. Assim, Arvaniti et al. (2008) referem que o nível de habilitações será uma das causas que pode condicionar a formulação de atitudes mais positivas perante as pessoas com uma doença mental. Havendo menos conhecimentos em relação à esquizofrenia, existem mais dificuldades em filtrar adequadamente as informações erróneas que são transmitidas através dos meios de comunicação, por exemplo. Neste sentido, Flórez-Arboleda (2003) refere que estes meios transmitem informação distorcida em relação às pessoas com doença mental. Normalmente são apresentados como perigosos ou mesmo como “assassinos incontrolláveis”. Aliás, muitos dos filmes de Hollywood reforçam a crença de que muitas das instituições psiquiátricas têm uma função legal de custódia, atribuindo-se o contacto com estes serviços como o início de uma sanção legal, fundamentalmente quando falamos das instituições que se encontram afastadas dos contextos urbanos (Schulze, 2007). Este tipo de notícias, mesmo quando relatadas em consciência e com precisão, despertam medo e apreensão e incentivam os cidadãos a exigirem medidas que visem evitar estes crimes. Infelizmente não informam de que apenas uma minoria de utentes cometem tais crimes graves e que a percentagem de violência atribuída à doença mental, em comparação com a violência exercida na comunidade por outras pessoas não diagnosticadas, é também muito pequena, como tivemos oportunidade de mencionar anteriormente. Esta visão existente em relação a estas pessoas gera atitudes de estigmatização, tais como a *coação* (o utente deve respeitar a obrigatoriedade de tomar a medicação, forçá-lo a tratar-se com o médico, mesmo que o utente não o deseje, e forçá-lo a viver numa residência comunitária) sendo este um dos domínios que obtiveram valores mais elevados. Contudo, temos de considerar que a investigação recente (Üçok, 2007) verifica que maiores conhecimentos em relação à doença mental poderão incrementar as atitudes estigmatizantes, a não ser que estes conhecimentos teóricos estejam acompanhados do contacto pessoal com o utente diagnosticado em contexto extra hospitalar e em situações nas quais o utente não manifeste comportamentos bizarros por descompensação psicótica. Portanto, a formação/informação em relação à esquizofrenia, acompanhada do contacto

peçoal junto destas pessoas sem manifestarem comportamentos disruptivos derivados da sua clínica, são factores que deverão estar intrinsecamente ligados, de forma a reduzir os estereótipos existentes e consequentemente o estigma associado à doença mental.

As atitudes estigmatizantes evidenciam variações significativas em *função de algumas variáveis culturais e sociais gerais*, embora nem os perfis concretos de cada país ou cultura, nem os factores que poderiam determiná-los, pareçam suficientemente definidos para permitir uma visão precisa. Sabe-se que existem também variações pessoais em *função de factores sociodemográficos*, como o nível educativo, explicado anteriormente, e a idade. Assim, habitualmente, estas atitudes são mais favoráveis em pessoas com maior nível educativo e em situações em que existe relação com a pessoa afectada (Angermeyer, Corrigan & Matschinger, 2004; Angermeyer & Dietrich, 2006; Corrigan & Penn, 1999), como também confirmaram os nossos dados. Contudo, os resultados desta investigação indicam que os profissionais com mais de 50 anos têm valores superiores, estatisticamente significativos, comparativamente com os profissionais com menos de 30 anos no domínio de pena, não se verificando, por isso, os dados existentes nos artigos apresentados. Uma possível explicação deste facto pode estar nas afirmações realizadas por Leff and Warner (2008), segundo os quais, apesar de os hospitais psiquiátricos terem sido, com frequência, construídos no campo, foram crescendo nas zonas circundantes dos hospitais psiquiátricos, lojas para os profissionais que trabalhavam nestas instituições e para os próprios utentes, tornando-se frequente e comum a tradição familiar de trabalhar como enfermeiro no hospital. Assim, nas instituições mais antigas, várias gerações podiam ser empregadas desta maneira. Em resultado, “(...) desenvolveu-se uma cultura de enfermagem com um cariz particularmente protector” (Leff & Warner 2008, p. 115).

No estudo, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nos domínios de *perigosidade e de medo* do AQ-27, entre os profissionais que exercem as suas funções nos diferentes serviços de saúde mental (crónicos e agudos). Estas diferenças verificaram-se entre os profissionais que trabalham com utentes crónicos, (apresentando valores superiores de irritação, medo e evitamento), e entre aqueles que exercem as suas funções em instituições com utentes em ambas as situações clínicas. O diagnóstico de doença mental pode, em parte, justificar estes resultados, visto que o diagnóstico, por si, sugere que as pessoas com transtornos específicos, neste caso a esquizofrenia, não podem recuperar, levando as pessoas a terem atitudes desnecessariamente pessimistas sobre o prognóstico e eficácia dos tratamentos

(Corrigan, 2007). Aliás, os estudos demonstram que as pessoas com diagnóstico psiquiátrico são vistas, por parte do público em geral e dos próprios profissionais, como utentes que terão maior dificuldade em superar as suas incapacidades relativamente a outros utentes com doenças do foro somático, apoiando portanto, um dos mitos existentes em relação à doença mental: a impossibilidade de recuperação (Harding & Zahniser, 1994, cit. in Corrigan, 2007). O estudo realizado por Magliano et al. (2004a) e apresentados no enquadramento teórico, confirma o pessimismo dos próprios médicos psiquiatras e enfermeiros quando afirmam, num 40% da amostra total, que pouco se poderia fazer com estes utentes, a não ser ajudá-los para que vivam num ambiente pacífico. Um outro estudo realizado na Austrália, com uma amostra de 2737 profissionais da saúde mental, revela que estes profissionais tendem a ser também bastante pessimistas em relação ao prognóstico da esquizofrenia (Caldvell & Jorm, 2001). Kingdon et al. (2004), apresentaram uma investigação com resultados mais optimistas: as pessoas com uma doença mental crónica poderiam melhorar, embora tenha sido evidente que os psiquiatras mantêm uma postura ambivalente no que se refere à recuperação dos utentes com doença mental.

Podemos verificar, segundo os dados estatísticos obtidos na investigação, que as unidades de longo internamento continuam a ser um factor importante de estigmatização, dificultando assim a mudança, por parte dos profissionais, dos preconceitos existentes. Embora existam contactos frequentes com pessoas com doença mental nestas unidades, por parte dos profissionais, infelizmente estes continuam a ter atitudes estigmatizantes em diferentes domínios estudados. Em parte, isto pode reflectir que o foco de atenção na intervenção está centrado unicamente *no diagnóstico e na psicopatologia*, tratando-se mais o indivíduo como inserido num grupo diagnóstico e não tanto o indivíduo em si. Além disto, Verhaegue and Bracke (2007) concluem na sua investigação que o comportamento das pessoas com diagnóstico psiquiátrico é o factor que mais favorecerá a atribuição de estereótipos a estes utentes, fundamentalmente quando estes manifestam comportamentos bizarros ou socialmente desviantes, consequência da sua sintomatologia. Üçok (2007) confirmou que os psiquiatras se sentiam incomodados quando encontram os seus utentes em eventos sociais. Crisp et al. (2000) observaram que os médicos, em particular, tinham ainda dificuldade em falar com os utentes diagnosticados com uma doença mental. Esta situação, segundo os autores, explica a falta de vontade para interagir adequadamente com os utentes, correndo o risco de não fornecer a intervenção mais adequada em cada caso concreto e portanto, impedindo uma

verdadeira recuperação. Além disto, “ (...) *os profissionais da saúde desistiram dos doentes que não conseguiam melhorar*” (Leff & Warner, 2008, p. 102), devido à impossibilidade, por parte destes técnicos, de intervir individualmente com cada um dos utentes e dada a grande quantidade de residentes nestas unidades de longo internamento, instaurando-se por isso, “(...) *um tratamento de massas, num regime uniforme*” (Leff & Warner, 2008, p. 102). A consequência de tudo isto é a perpetuação das atitudes estigmatizantes: se os profissionais percebem que o utente não pode recuperar, que não existem condições nestas unidades para favorecer uma verdadeira recuperação e integração na comunidade, se os comportamentos dos utentes são socialmente “desadequados” e se os médicos não mantêm um relacionamento próximo junto dos utentes, não se centrando unicamente nas categorias diagnósticas, é compreensível que exista evitamento e medo por parte dos profissionais; se o utente não está tratado adequadamente, o seu comportamento é imprevisível. Mais uma vez, o contacto repetido e de qualidade, que favoreça a empatia e diminua a diferenciação com o utente, repercute-se de forma muito mais positiva na modificação do estigma na saúde mental (Senra-Rivera et al., 2008).

Não se obtiveram dados suficientes para realizar uma análise mais detalhada em relação aos modelos de intervenção utilizados pelos diferentes profissionais objectos de estudo. Contudo, sabe-se que as abordagens utilizadas no “*modelo biomédico*” têm sido amplamente criticadas por tratarem utentes com uma doença mental: o diagnóstico atribuído reduz a individualidade do utente num grupo categórico, perdendo-se a pessoa como um único indivíduo e atribuindo as incapacidades a doenças do “cérebro”. Esta abordagem diagnóstica pode, muitas vezes, ser defendida em razão de seu valor na gestão clínica e no tratamento. Porém, o alto potencial para estigmatizar a pessoa associando-a a um rótulo descritivo, impede o respeito da sua singularidade (RCP, 2001).

Relativamente ao domínio da coação, sabemos que a admissão compulsiva dos utentes nas instituições psiquiátricas, assim como a obrigatoriedade de iniciarem tratamento, mesmo contra a vontade destas pessoas, é visto como um problema ético e legal que requer consenso por parte de todos os profissionais envolvidos (Steinert, Lepping, Baranyai, Hoffman & Leherr, 2005). A Declaração de Madrid de 1996 refere que o tratamento não deve ser fornecido contra a vontade do utente, a não ser que ponha em risco a sua vida e a / ou a daqueles que o rodeiam. O tratamento deve estar sempre a favor do maior interesse do utente (Helmchen, 1998, cit. in Steinert et al., 2005). Assim, os estudos revelam que dentre todas as

perturbações mentais, a esquizofrenia é o diagnóstico mais comum entre as admissões compulsivas. Steinert et al. (2005) realizaram um estudo em quatro países europeus (Hungria, Inglaterra, Alemanha e Suíça), com o objectivo de avaliar quais as atitudes dos médicos, enfermeiros e população em geral relativamente ao internamento compulsivo. Os resultados do mesmo evidenciaram que as atitudes perante os procedimentos compulsivos dependiam mais das atitudes pessoais dos próprios profissionais e das tradições dos mesmos, e não tanto das diferenças existentes nos procedimentos legais entre estes países. Os psiquiatras foram os técnicos que mais apoiavam estes procedimentos comparativamente ao resto de colegas (Steinert et al., 2005). Porém, sabe-se que quando os profissionais participam no processo da tomada de decisão em relação à idoneidade ou não do internamento e/ou tratamento compulsivo, mas não estão envolvidos no processo de detenção do utente, são evidentes as atitudes negativas no que diz respeito à admissão do utente (Lepping, Steinert, Gebhardt & Röttgers, 2004); quer dizer, quando os técnicos de saúde mental participam na tomada de decisão sobre a necessidade ou não de internamento e/ou tratamento compulsivo, mas não no próprio processo de detenção, os profissionais tendem a não aprovar estes procedimentos coercivos. Os resultados obtidos no nosso estudo de investigação revelam que a coação é um dos domínios que obtiveram valores mais elevados. Os psiquiatras da nossa amostra participam no processo de internamento e/ou tratamento compulsivo, mas não na detenção do utente. Segundo Lepping et al. (2004), os resultados deveriam ter sido diferentes daqueles que obtivemos. Contudo, não fica esclarecido por parte de Steinert et al. (2005) quais as atitudes pessoais e as tradições dos profissionais que determinam uma ou outra atitude. Porém, se consideramos estes dois estudos, afirmaremos que não são os procedimentos legais de internamento e/ou admissão compulsiva existentes em Portugal o que determinará uma ou outra atitude, mas sim as atitudes e as tradições dos profissionais.

Nos últimos vinte e cinco anos registaram-se esforços significativos em todo o mundo para substituir os serviços baseados no antigo modelo dos grandes hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária. “ (...) *As instituições psiquiátricas tradicionais dificilmente podem assegurar a prestação do conjunto de programas integrados, hoje considerados essenciais para o tratamento das perturbações psiquiátricas, especialmente os que promovem a reabilitação e a reinserção social dos doentes*” (CNRSM, 2006, p. 13). Segundo Leff and Warner (2008, p. 117),

*“Embora os hospitais psiquiátricos tenham sido criados com a melhor das intenções e providenciassem muitas funções úteis, à medida que o tempo foi passando e com o aumento inexorável do número de doentes internados, o valor dos hospitais tornou-se menor, devido às práticas proteccionistas e a um conjunto de ideias ou crenças de pessimismo terapêutico. Conseguiram sobreviver à sua utilidade e não têm lugar num serviço moderno baseado na comunidade. Mais ainda, perpetuam o estereótipo do público a respeito do lunático incurável”.*

Ter em consideração estas afirmações implica pensar em relação às medidas necessárias para mudar as atitudes dos profissionais da saúde mental e assim diminuir e/ou erradicar o estigma associado às doenças mentais. Tem sido evidente, segundo os resultados da nossa investigação, que ainda existem alguns preconceitos associados à doença mental, pelo que necessariamente deveremos pensar em medidas para os mudar. Sartorius (1998) afirma que a chave está na mudança das atitudes por parte dos profissionais e no esforço para incrementar a tolerância para com as pessoas com uma doença mental. Portanto, sabemos que os técnicos da saúde mental podem estigmatizar e, ao mesmo tempo, serem agentes estigmatizados. Neste sentido, Schulze (2007) propõe algumas medidas que possibilitarão esta mudança de atitudes, de forma a evitar o estigma, e que serão apresentadas de seguida:

**1. Incrementar a sensibilização perante o poder “estigmatizante” do diagnóstico clínico** na saúde mental, o que inclui a necessidade de saber se certas informações têm de ser ou não transmitidas aos próprios utentes, impedindo a estigmatização do mesmo. Para isso, é preciso ter em consideração: qual a pessoa a ser informada; qual o tempo disponível, por parte do técnico, para divulgá-la e quais serão as consequências esperadas pela transmissão de tais informações (Schulze, 2007). Por outro lado, considera-se essencial a *actualização clínica e/ou dos conhecimentos* por parte dos técnicos da saúde mental, o que permite focar a clínica baseando a prática na evidência e não tanto nos aspectos biomédicos (Gaebel, Zanke & Baumann, 2006). Desta forma, evitar-se-ão situações em que, por exemplo, os profissionais falham ao reconhecer que os sintomas negativos são uma consequência da esquizofrenia e não um sinal de preguiça ou de egoísmo (Leff & Warner, 2008). Por último, *melhorar as competências de comunicação entre o utente e o técnico*, quer dizer, tomar decisões clínicas em cooperação, quando possível, com o beneficiário das mesmas. Esta última medida é considerada fundamental para a prática de qualidade na saúde mental (Corrigan, 2002).

**2. Dentro do possível, envolver significativamente o utente e os seus familiares nos programas anti-estigma;** de contrário, corre-se o risco de reforçar, ainda mais, a ideia de que

são os profissionais os peritos na relação utente - técnico, desvalorizando as experiências vividas pelos verdadeiros protagonistas das mesmas. Portanto, os usuários destes serviços deverão estar envolvidos em programas de luta contra o estigma, mas não só: também devem estar envolvidos no desenvolvimento e avaliação destes mesmos serviços de saúde mental (Sartorius, 2002).

**3. Reconhecer que a luta contra o estigma e contra a discriminação das pessoas com doença mental faz parte da profissão sanitária.** Assim, recomenda-se trabalhar junto dos meios de comunicação social, com o objectivo de mudar as atitudes e as imagens irrealistas que estes meios transmitem à população. Os psiquiatras, por exemplo, devem adoptar uma postura crítica perante os jornalistas que transmitem estas informações mas, ao mesmo tempo, abertos à cooperação com estes profissionais, não se limitando a contactar com os mesmos em situações em que ocorrem acontecimentos críticos ou quando só são transmitidas imagens negativas da psiquiatria (Rosen, 1997, cit. in Schulze, 2007). Aliás, deve ser prioritário mudar a imagem da doença mental e, posteriormente, a imagem dos profissionais da saúde mental (Wahl, 2001, cit. in Schulze, 2007).

As medidas anteriores fazem referência a como os próprios profissionais da saúde mental poderão ajudar a diminuir e/ou erradicar o estigma associado à doença mental. Contudo, existem também recomendações gerais que, em conjunto com as anteriores, asseguram resultados ainda mais abrangentes. São as seguintes:

**1. Garantir uma correcta atenção por parte dos serviços sócio-sanitários, baseada nos modelos do *recovery*, com intervenções precoces, continuadas e assertivas que enfatizem a prevenção de comportamentos disruptivos e se integrem nos mecanismos habituais de atenção sanitária e social (WHO, 2001; López et al., 2008). Este processo de *recovery* é descrito pela CNRSM (2006, p. 82) como uma**

*“(...) Mudança de atitudes, valores, significações e objectivos, empreendida pela própria pessoa, de forma a ultrapassar os efeitos catastróficos não só da doença mental, mas também do isolamento, do estigma, da perda do emprego e dos vínculos sociais, construindo para si um novo projecto de vida. Não é uma forma de intervenção técnica feita pelos profissionais, é um percurso pessoal para a emancipação e para uma vida satisfatória”*

2. Reestruturar as instituições psiquiátricas tradicionais (hospitais psiquiátricos públicos, privados e penitenciários) e diminuir, na medida do possível, os recursos assistenciais psiquiátricos monográficos (WHO, 2001; Corrigan, 2004b);

3. Favorecer o desenvolvimento, reconhecimento e poder das associações de familiares e, especialmente, dos utentes dos serviços de saúde mental (Corrigan, 2002; López et al., 2008);

4. Trabalhar em conjunto com alguns agentes-chave dos diversos serviços sócio-sanitários (WHO, 2001).

Aliás, já foi referido que Portugal está a viver um período de reestruturação dos seus serviços de saúde mental. De facto, o XVII Governo constitucional português elaborou o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 de 6 de Maio, tendo como principais objectivos os seguintes: assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental no país; promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; promover a descentralização dos serviços de saúde mental e promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, dos hospitais gerais, como dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização (CNRSM, 2006). De forma a viabilizar estes objectivos na prática, a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, responsável pela avaliação da situação na prestação dos cuidados em saúde mental em Portugal, assim como pela elaboração deste Plano, de forma a reestruturar e desenvolver estes mesmos serviços, propõe a organização dos serviços de saúde mental com base em Equipas de Atenção Comunitária, a participação dos utentes, familiares e organizações não governamentais na defesa dos direitos humanos das pessoas que sofrem de perturbações psiquiátricas, o desenvolvimento de grupos de auto-ajuda e o estabelecimento de abordagens participativas, quer dos próprios utentes quer dos seus familiares; estas são consideradas em sintonia com outras levadas a cabo por outros organismos a nível internacional. Aliás, esta Comissão propôs a realização de campanhas de luta contra o estigma, sob a responsabilidade da Coordenação Nacional da Implementação do Plano de Saúde Mental, a comunicação social, Organizações não Governamentais e associações de utentes e familiares, por um período de intervenção compreendido entre 2007 e 2016

(CNRSM, 2006). Este mesmo Governo aprovou recentemente o Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro, que visa concretizar as medidas para a organização e coordenação de unidades e equipas multidisciplinares com vista à prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, reforço das competências, apoio à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações. O Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro prevê a criação de estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, adaptadas às características de grupos etários específicos e articulados com a rede nacional de cuidados integrados e com os serviços locais de saúde mental. Estas estruturas são as seguintes: Unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, sendo que cada uma destas define, segundo o Decreto-Lei, quais as características das mesmas e os serviços prestados à comunidade.

É importante ressaltar, mais uma vez, a necessidade de levar a cabo as medidas propostas anteriormente, de forma a mudar as atitudes estigmatizantes dos profissionais da saúde mental, visto que a atenção sanitária actual, no âmbito da saúde mental, prevê uma mudança de paradigma em que se preconiza, segundo o Decreto-Lei nº8/2010, o respeito pela privacidade, confidencialidade, autodeterminação das pessoas com uma doença mental, respeito pelos seus direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, assim como outros princípios orientadores que em nada têm a ver com outros que preconizam a dependência da pessoa com uma doença mental perante os profissionais desta área e que estão suportados por preconceitos, levando a obter resultados elevados, estatisticamente significativos, em domínios como a coação e a pena, segundo temos tido oportunidade de verificar nesta investigação.

Erradicar o estigma da consciência colectiva, portanto, é uma tarefa lenta; as “barreiras” dos “manicómios” têm dado origem a outros muros, invisíveis mas muito sólidos e que mantêm o isolamento e impedem a total recuperação dos utentes. É necessário planificar e manter a longo prazo, os programas implementados com o objectivo de erradicar o estigma, combinados com campanhas de sensibilização focadas em reduzir a discriminação, através da reflexão sobre as atitudes e as concepções sobre a doença mental. Informar e educar nas escolas, nos centros de trabalho, na rede sócio - sanitária e nas empresas de comunicação social, são passos para suprimir os mitos, aceitar a doença mental e lograr a integração das pessoas que estão diagnosticadas (Corrigan, 2004a). Esta educação trata de diminuir o

estigma através da transmissão de informações correctas e sabe-se que estas campanhas, quando breves, conseguem reduzir estas atitudes estigmatizantes. Contudo, as mudanças obtidas, muitas vezes não são avaliadas, os efeitos são limitados e estes programas educativos apresentam uma maior eficácia quando as pessoas que recebem a formação já têm conhecimentos prévios em relação à doença mental ou quando mantêm relação pessoal com alguém diagnosticado. Além disto, muitos dos modelos psicoeducativos existentes para transmitir informação relativa à doença mental, centram-se, fundamentalmente, nas causas biológicas da doença, o que pode levar a uma maior distância social entre o público geral, profissionais da saúde mental e pessoas com uma doença mental (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2006). Devido a isto, defende-se o contacto com as pessoas com diagnóstico psiquiátrico, de forma a reduzir o estigma, embora este contacto tenha de ter umas características específicas para surtir os efeitos desejados. Assim, a pessoa tem de referir que está diagnosticada de uma doença mental; tem de existir a oportunidade de interacção, onde se privilegie a possibilidade de socializar e realizar perguntas em relação à doença mental; assegurar que a pessoa diagnosticada seja apresentada como alguém que tem um status de igualdade comparativamente ao resto das pessoas e, sempre que possível, repetir os contactos de forma a reforçar as mudanças de atitudes (Corrigan, 2004a).

Para finalizar, temos de dizer que, apesar de ter sido uma investigação com resultados interessantes, houve algumas limitações no estudo que impossibilitaram uma abordagem mais aprofundada sobre o tema, fundamentalmente aquando da interpretação dos dados obtidos. Assim, verifica-se que não existem estudos específicos em Portugal ou a nível internacional, para os auxiliares de acção médica, em relação ao estigma. É importante referir que estes profissionais são dos que mais directamente estão envolvidos no atendimento das pessoas com uma doença mental, mais concretamente nas instituições onde foram recolhidos os dados da investigação. É por isto que se considera necessário sugerir mais estudos de investigação que analisem o estigma específico deste grupo profissional e planificar medidas de combate ao estigma junto dos mesmos, sempre que se verifiquem valores estatisticamente elevados nas atitudes avaliadas. Esta dissertação pretende ser a primeira de muitas outras investigações neste âmbito de análise. Também não tem havido, até agora, estudos que tenham utilizado o questionário de Atribuição AQ-27 para os profissionais da saúde mental, sendo esta também uma das limitações mais importantes encontradas no processo de interpretação dos resultados, embora tenham sido utilizados os dados de consistência interna de investigações que

utilizaram o AQ-27, noutra âmbito de estudo, para os comparar com a consistência interna desta investigação.

É importante recordar que está a decorrer um estudo de investigação em Portugal, com o objectivo de validar este questionário para a população portuguesa. Assim, esta dissertação pretende também contribuir para este mesmo processo. Neste sentido, houve alguns inquiridos, três médicos psiquiatras, que tiveram dificuldade em interpretar a vinheta que acompanha o questionário. Segundo eles referem, algumas das questões apresentadas no questionário de Atribuição AQ-27 não especifica se têm de ser respondidas atendendo à situação clínica actual apresentada pelo Sr. José, protagonista da vinheta, ou se é possível responder no caso de esta personagem apresentar um quadro clínico diferente daquele que é apresentado na história. Sugere-se, por isso, que o questionário especifique claramente a forma como deverá de ser preenchido, evitando interpretações erróneas que possam dar lugar ao enviesamento dos dados. Foram também os médico psiquiatras os profissionais da saúde mental que tiveram menos disponibilidade para participar neste estudo. Assim, foram enviados cento e vinte e cinco envelopes com o protocolo de investigação para serem preenchidos e só foram recebidos, depois de o investigador ter falado pessoalmente com cada um destes profissionais, via telefone, convidando-os a participar neste estudo, quinze respostas com os documentos devidamente preenchidos. Não se pode conhecer o estado da assistência sanitária na saúde mental sem a participação dos médicos psiquiatras. Desta forma, dificilmente podem ser propostas alternativas de mudanças para todas aquelas situações que estejam a dificultar o normal desenvolvimento do sistema sanitário. Por isso, sugerem-se estudos para analisar o porquê de os médicos psiquiatras terem dificuldade em aderir a programas de investigação.

Não ficou claramente esclarecido o modelo assistencial utilizado pelos diferentes profissionais nos centros assistenciais objecto de estudo. Falou-se, nesta dissertação, do modelo biomédico e da necessidade actual de uma mudança de paradigma no tratamento das diferentes perturbações mentais. Contudo, sugere-se igualmente a realização de investigações exploratórias nas instituições psiquiátricas, com o objectivo de saber se existem diferenças relativamente às atitudes dos profissionais para com os utentes em função dos modelos de intervenção utilizados em cada uma destas instituições.

Na avaliação das atitudes existe o risco de as pessoas, neste caso, de os profissionais responderem de forma à resposta ser socialmente aceitável e assim, dissimular as verdadeiras opiniões. Este é um fenómeno conhecido como “*efeito da desejabilidade social*”, sendo este um problema que surge quando se quer investigar utilizando questionários, uma vez que há tendência para responder a estes da forma que se considerar mais aceitável em termos sociais (Oliveira, 2004). Para estudos futuros é conveniente utilizar escalas que controlem este fenómeno, de forma a termos uma maior fiabilidade na investigação. Sugere-se, igualmente, a utilização de *metodologias mistas* (conciliação entre investigação qualitativa e quantitativa), visto que proporcionam um maior entendimento, profundidade, diversidade, amplitude e riqueza interpretativa, pois supõe a utilização da lógica indutiva (típica da metodologia qualitativa) e da lógica dedutiva (típica da metodologia quantitativa) (Sierra, 2001). Isto permitiria ao investigador corroborar os dados obtidos através da observação e das entrevistas (na metodologia qualitativa) e dos questionários utilizados (na metodologia quantitativa), limitando também o efeito da desejabilidade social (D’Ancona, 2001).

Esperemos que sejam muitos os estudos que possam complementar a investigação apresentada nesta dissertação.

## 7 – BIBLIOGRAFIA

- Adewuya, A., & Oguntade, A. (2007). Doctor's attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 20, 1-7.
- Altindag, A., Yanik, M., Ucok, A., Alptekin, K., & Ozkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 283-288.
- Angermeyer, M., Corrigan, P., & Matschinger, H. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and depression: Testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69, 175-182.
- Angermeyer, M., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitude towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163-179.
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2008). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 658-665.
- Beales, D. (2001). Continuing stigmatization by psychiatrists. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 475.
- Browne, S., Birtwistle, J., Roe, L., & Thompson, C. (1999). The unhealthy life of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29, 697-701.
- Caldwell, T., & Jorm, A. (2001). Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression. A comparison with the public and other healthcare professionals. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 42-54.
- Castro, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6(1), 33-42.

- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2006). Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal: Plano de Ação 2007-2016. [Em linha]. Disponível em: [http://www.portaldasaude.gov.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELATÓRIOFINAL\\_ABRIL2007.pdf](http://www.portaldasaude.gov.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELATÓRIOFINAL_ABRIL2007.pdf). [Consultado em 03/11/2009].
- Corrigan, P. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Q*, 73(3), 217-228.
- Corrigan, P. (2004a). Beat the stigma and discrimination! Four lessons for mental health advocates. [Em linha]. Disponível em: <http://www.dmh.ca.gov/PEIStatewideProjects/docs/CorriganBeattheStigmaandDiscrimination.pdf>. [Consultado em: 06/11/2009].
- Corrigan, P. (2004b). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.
- Corrigan, P. (2007). How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. *National Association of Social Workers*, 52(1), 31-39.
- Corrigan, P., Markowitz, F., & Watson, A. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491.
- Corrigan, P., & Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776.
- Corrigan, P., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., & Kubiak, M. (2002). Challenging two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293-309.
- 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., Byrne, P., & Davis, K. (2005). Mental illness stigma: Problem of public health or social justice? *National Association of Social Workers*, 50(4), 363-368.

- Crepeau, E., Cohn, E., & Schell, B. (2005). *Terapia Ocupacional*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2000). 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.
- D'Ancona, M. (2001). *Metodología Cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis Sociología.
- Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro. Iª Série. Nº 19. Diário da República, 2010.
- Flórez-Arboleda, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry*, 48(10), 645-650.
- Gaebel, W., Zaské, H., & Baumann, A. (2006). The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 41-45.
- Geidel, A. (2005). *Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. Dissertação do Doutoramento em Medicina Legal, Toxicologia e Psiquiatria [não publicada], Faculdade de Medicina da Universidade de Granada.
- Goffman, E. (1988). *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Goffman, E. (2001). *Manicómios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination – everybody's business. *The Medical Journal of Australia*, 178(9), S47-S48.
- Kingdon, D., Sharma, T., Hart, D., & The Schizophrenia Subgroup of The Royal College of Psychiatrists' Changing Minds Campaign. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28, 401-406.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rossler, W. (2004). What about psychiatrist's attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19, 423-427.

- Leff, J., & Warner, R. (2008). *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Lepping, P., Steinert, T., Gebhardt, R., & Röttgers, H. (2004). Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany – a questionnaire analysis. *European Psychiatry, 19*, 91-95.
- Link, B. (2001). Stigma: Many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 10*, 8-11.
- Link, B., Cullen, F., Frank, J., & Wozniak, J. (2003). The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *American Journal of Sociology, 92*, 1461-1500.
- Link, B., Phelan J., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. (1999). Public conceptions of mental illness. Labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health, 89*, 1328-1333.
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparício, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28*(101), 43-83.
- Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Marasco, C., Maj, M. & Working Group of the Italian National Study (2004a). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: A comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry, 50*, 319-330.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., & Malangone, C. (2004b). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 323-331.

- Monteiro, F., & Matias, J., (2007). Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária: Uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, 1(25), 111-125.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals towards people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709-714.
- Oliveira, J. (2004). Desejabilidade Social: Um construto de difícil avaliação. *Psycologica*, 35, 333-347.
- Pérez, A. (2008). *Estadística aplicada: Conceptos básicos*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pescosolido, B., Monahan, J., Link, B., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of person with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89, 1339-1345.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais*. Lisboa: Sílabo.
- Pierlick, D., & Rosenheck, R. (2002). Stigma and violence. *Psychiatric Services*, 53, 1179.
- Roberts, S. (2001). *Compreender a Psicologia*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Royal College of Psychiatrists. (2001). *Mental illness: Stigmatisation and discrimination within the medical profession. Council Report CR91*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Rüsch, N., Angermeyer, M., & Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma - Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Sartorius, N. (1998). Stigma: What can psychiatrists do about it? *Lancet*, 352, 1058-1059.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 324, 1470-1471.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.

- Senra-Rivera, C., Arriba-Rossetto, A., & Seoane-Pesqueira, G. (2008). Papel de la experiencia en la aceptación vs. rechazo del paciente con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 73-83.
- Sierra, R. (2001). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.
- 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.
- Sousa, S., Marques, A. & Queirós, C. (em curso). O estigma nos familiares de pessoas com doença mental grave: estudo exploratório com o AQ-27. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Spagnolo, A., Murphy, A., & Librera, L. (2007). Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(3), 186-193.
- Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R., Hoffmann, M., & Leherr, H. (2005). Compulsory admission and treatment in schizophrenia. A study of ethical attitudes in four European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 635-641.
- Stuart, H., & Arboleda-Flórez, J. (2001). Community attitudes towards people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245-252.
- 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.
- Verhaegue, M. & Bracke, P. (2007). Organizational and individual level determinants of stigmatization in mental services. *Community Mental Health Journal*, 43(4), 375-400.
- World Health Organization (2005). Stigma and discrimination against the mentally ill in Europe. [Em linha]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief10.pdf>. [Consultado em 11/10/2009].

World Health Organization World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization world mental health surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.

World Health Organization (2002). Programa Mundial de Acción en Salud Mental. mhGAP. Cerremos la brecha, mejoremos la atención. [Em linha]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/267.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf). [Consultado em 10/10/2009].

World Health Organization (2001). *World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope*. Genebra: WHO.



# **Anexo nº 1**

---

**Documento informativo do Projecto de Investigação: “Estigma Público e Privado face à Doença  
Mental: Estudo exploratório da realidade portuguesa”**

## **Estigma Público e Privado face à Doença Mental: Estúdio Exploratório da Realidade Portuguesa”**

### **Estigma na Esquizofrenia: Atitude dos Profissionais da Saúde**

Este estudo insere-se num projecto global a realizar por um grupo de alunos que se encontram a frequentar o Mestrado em Reabilitação Psicossocial, Especialização em Perturbação mental, na Universidade Católica Portuguesa em parceria com a ENCONTRAR+SE (Associação de Apoio a Pessoas com Doença Mental Grave). O tema geral a ser estudado é o “Estigma Público e Privado face à Doença Mental: Estúdio Exploratório da Realidade Portuguesa”.

Este projecto, em particular, tem como objectivo específico avaliar o estigma na esquizofrenia, nomeadamente a atitude dos profissionais da saúde mental perante as pessoas com este diagnóstico psiquiátrico, sendo que o responsável por este estudo é o Terapeuta Ocupacional Francisco Javier Vidal Barrantes sob orientação do Professor Doutor António Pacheco Palha. Para qualquer esclarecimento pode recorrer ao contacto que segue em rodapé.

Os participantes que aceitarem participar neste estudo irão responder a um protocolo constituído por 2 questionários, que lhes exigirá alguma atenção, e pela assinatura da declaração do “Consentimento Informado”. O protocolo leva cerca de 10 minutos a completar. Todas as questões são claras, e não pretendemos avaliar nada mais do que aquilo que está visível nas perguntas do questionário. Sabemos que compreende a importância e o alcance de um estudo deste tipo. A participação no estudo é voluntária, e o participante pode a qualquer momento reavaliar a sua permanência no estudo. A participação está sujeita a privacidade e confidencialidade. Este estudo foi aprovado pela Direcção Clínica e Técnica da Instituição.

O estigma associado à doença mental, põe em risco o tratamento e a qualidade de vida de muitas pessoas que passam por esta experiência, quer directa quer indirectamente. Os resultados do estudo irão assim proporcionar um melhor entendimento acerca do estigma na doença mental, facilitando o apoio prestado a campanhas e intervenções anti-estigma / pró saúde mental. Os resultados deste estudo serão utilizados para a realização de dissertações de mestrado e pela ENCONTRAR+SE. Os dados podem ainda ser apresentados em congressos e encontros científicos nacionais e internacionais de referência, assim como publicados em revistas científicas. Estas apresentações serão noticiadas no nosso sítio online que pode consultar em [www.encontrarse.pt](http://www.encontrarse.pt).

A sua participação é não só importante, como decisiva para o resultado da investigação. Queríamos agradecer e cumprimentá-lo por ter aceitado participar no estudo, e contribuir para melhorar o conhecimento nesta área.

O responsável pelo projecto

Terapeuta Francisco Javier Vidal Barrantes

[frankikos@hotmail.com](mailto:frankikos@hotmail.com)  
916744294

## **Anexo nº 2**

---

### **Questionário Sociodemográfico**



## **Anexo nº 3**

---

**Questionário de Atribuição AQ-27**

## QUESTIONÁRIO DE ATRIBUIÇÃO AQ 27

Versão portuguesa elaborada por S. Sousa, C. Queirós, A. Marques, N. rocha & A. Fernandes (2008), traduzido do original A.Q. – 27 (P. Corrigan et al., 2003) com autorização de P. Corrigan para adaptação em Portugal

### POR FAVOR LEIA A SEGUINTE INFORMAÇÃO SOBRE O JOSÉ:

José é um homem com 30 anos de idade, solteiro e com Esquizofrenia. A última vez que os seus sintomas pioraram, ele ouviu vozes e acreditou que os seus vizinhos estavam a planear atacá-lo. Ele atacou a sua senhoria acreditando que ela estava envolvida no plano. Quando a Polícia o acompanhou até ao hospital ele tentou tirar a arma do agente. Ele perturbou a ordem da sala de urgências e teve de ser colocado num lugar restrito. O José só se acalmou quando lhe deram uma grande dose de medicação.

**AGORA RESPONDA A CADA UMA DAS QUESTÕES QUE SE SEGUEM SOBRE O JOSÉ. MARQUE COM UMA CRUZ O NÚMERO QUE MELHOR CORRESPONDE À SUA RESPOSTA**

1. Eu iria sentir-me incomodado pelo José

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

2. Eu iria sentir-me inseguro perto do José

|           |   |   |   |   |   |   |            |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|------------|---|
| 1         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8          | 9 |
| Não, nada |   |   |   |   |   |   | sim, muito |   |

3. O José iria assustar-me

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

4. Até que ponto ficaria zangado com o José?

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

5. Se eu fosse responsável pelo tratamento do José, pediria para ele tomar a medicação

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

6. Penso que o José coloca a sua vizinhança em risco se não for internado

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

7. Se eu fosse um empregador, entrevistaria a José para um emprego

|               |   |   |   |   |   |                |   |   |
|---------------|---|---|---|---|---|----------------|---|---|
| 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7              | 8 | 9 |
| Nada provável |   |   |   |   |   | muito provável |   |   |

8. Eu estaria disposto a conversar com o José sobre os seus problemas

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

9. Eu iria sentir piedade pelo José

|         |   |   |   |   |   |   |   |       |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nenhuma |   |   |   |   |   |   |   | muita |

10. Eu iria pensar que o José é o culpado da sua situação actual

|                        |   |   |   |   |   |   |                     |   |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---------------------|---|
| 1                      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                   | 9 |
| Não, não concordo nada |   |   |   |   |   |   | sim, concordo muito |   |

11. Até que ponto acha que é controlável a causa da situação actual do José?

|                                     |   |   |   |   |  |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|---|--|---|---|---|
| 1                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6  | 7 | 8 | 9 |
| Nada dependente do controle pessoal |   |   |   |   | completamente dependente do controlo pessoal |   |   |   |

12. Até que ponto se sentiria irritado com o José?

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

13. Até que ponto sentiria que o José é perigoso?

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

14. Até que ponto concorda que o José deveria ser forçado a tratar-se com o seu médico mesmo que ele não quisesse?

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

15. Eu penso que seria melhor para a comunidade onde o José está inserido se ele fosse colocado num hospital psiquiátrico

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

16. Eu partilharia uma boleia de carro com o José, todos os dias

|               |   |   |   |   |   |   |                |   |
|---------------|---|---|---|---|---|---|----------------|---|
| 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8              | 9 |
| Nada provável |   |   |   |   |   |   | muito provável |   |

17. Até que ponto acha que um asilo, onde o José pudesse estar afastado da sua vizinhança, seria o melhor local para ele?

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

18. Eu iria sentir-me ameaçado pelo José

|           |   |   |   |   |   |   |            |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|------------|---|
| 1         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8          | 9 |
| Não, nada |   |   |   |   |   |   | sim, muito |   |

19. Até que ponto sentiria medo do José?

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

20. Até que ponto estaria disposto a ajudar o José?

|                                |   |   |   |   |   |                            |   |   |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|----------------------------|---|---|
| 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                          | 8 | 9 |
| Definitivamente não o ajudaria |   |   |   |   |   | definitivamente ajudaria-o |   |   |

21. Até que ponto tem a certeza de que iria ajudar o José?

|                 |   |   |   |   |   |   |                  |   |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|------------------|---|
| 1               | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8                | 9 |
| Nenhuma certeza |   |   |   |   |   |   | certeza absoluta |   |

22. Até que ponto sentiria pena do José?

|         |   |   |   |   |   |   |   |       |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nenhuma |   |   |   |   |   |   |   | muita |

23. Até que ponto acha que o José é responsável pela sua situação actual?

|                  |   |   |   |   |   |                   |   |   |
|------------------|---|---|---|---|---|-------------------|---|---|
| 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                 | 8 | 9 |
| Nada responsável |   |   |   |   |   | muito responsável |   |   |

24. Até que ponto se iria sentir assustado pelo José?

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

25. Se eu fosse responsável pelo tratamento do José, iria forçá-lo a viver numa residência comunitária?

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

26. Se eu fosse senhorio, provavelmente alugaria um apartamento ao José

|               |   |   |   |   |   |   |                |   |
|---------------|---|---|---|---|---|---|----------------|---|
| 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8              | 9 |
| Nada provável |   |   |   |   |   |   | muito provável |   |

27. Até que ponto se iria preocupar com o José?

|      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     |
| Nada |   |   |   |   |   |   |   | muito |

## **Anexo nº 4**

---

**Autorização para utilizar o Questionário de Atribuição AQ-27**



## **Anexo n° 5**

---

### **Consentimento Informado**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### **Estudo: “Estigma na Perturbação Mental: Atitude dos Profissionais da Saúde Mental”**

Eu, abaixo-assinado, fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar o estigma na perturbação mental, nomeadamente a atitude dos profissionais da saúde mental perante as pessoas com diagnóstico psiquiátrico.

Sei que neste estudo está previsto o preenchimento de questionários, tendo-me sido explicado em que consistem.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper, a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos, no meio científico, garantindo o anonimato.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 200\_\_

**Assinatura do participante:**

\_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:**

**Assinatura:**

