



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

**Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem
acerca das Doenças e Doentes Mentais:**
Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

Isabel Maria de Assunção Gil

Coimbra
2010



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE MEDICINA

**Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem
acerca das Doenças e Doentes Mentais:**

Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de
Mestre em Psiquiatria Cultural

Orientador: Professor Doutor José Carlos Santos

Co-Orientador: Professor Doutor Manuel Quartilho

Isabel Maria de Assunção Gil

Coimbra
2010

“A loucura e os loucos têm sido tão maltratados, tão vilipendiados, que reactivamente dá vontade de lhes fazer o elogio.”

Jaime Milheiro

Ao Rui Danilo e à Ana Raquel

AGRADECIMENTOS

- Ao Professor Doutor José Carlos Santos, orientador desta dissertação e ao Professor Doutor Manuel Quartilho, co-orientador, pelo apoio e disponibilidade.
- À Teresa Barroso, Amorim, Verónica, Cristina e, muito particularmente, à Isabel Marques e ao Luís Loureiro pelos seus preciosos contributos.
- Um agradecimento muito especial à minha irmã pela partilha do seu precioso tempo e conhecimentos.
- À minha amiga e colega nesta etapa, Rita, pelos momentos que passámos juntas.
- À Direcção da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra que autorizou a realização deste estudo.
- Por fim, um agradecimento especial aos estudantes que participaram neste estudo.

A TODOS, OS MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS

RESUMO

Os estigmas imputados às perturbações mentais foram-se mantendo fortes em resultado de atitudes negativas das populações relativamente aos portadores dessas doenças o que levou à perpetuação de estereótipos como a perigosidade, a imprevisibilidade e a incurabilidade (Scull, 1981; Pichot, 1983; Link & Cullen, 1983; Ayesteran & Paez, 1986; Skinner et al., 1992; Johnson & Orrel, 1995; Whaley, 1997; Phelan et al., 2000; Hirai & Clum, 2000; Angermeyer, 2004; Loureiro, 2008).

Admitindo que os estudantes de Enfermagem partilham de atitudes estigmatizantes comuns à população em geral que poderão influenciar a sua prestação de cuidados enquanto futuros profissionais de saúde, este estudo tem como objectivos avaliar as crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca dos doentes e doenças mentais e o efeito (*in vivo contact*) do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria nessas crenças e atitudes.

O presente estudo é de cariz quasi-experimental tendo sido avaliadas as crenças e atitudes antes e após a frequência do EC.

A amostra é constituída por 89 estudantes a frequentar o Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Superior de Enfermagem de Coimbra.

Como instrumentos de colheita de dados foi utilizado um questionário com questões sócio-demográficas, o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) de Loureiro (2008) e a versão portuguesa traduzida e adaptada (Oliveira, 2005; Loureiro, 2008) da Opinions about Mental Illness Scale (OMIS) de Cohen e Struening (1962).

Dos resultados acerca das crenças e atitudes perante os doentes e as doenças mentais previamente à frequência do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, as médias das crenças revelaram resultados positivos no sentido de um reconhecimento da doença e do seu cunho médico, ainda assim, os estereótipos da perigosidade, incurabilidade e responsabilidade individual são acentuados. Relativamente às atitudes observa-se que é na dimensão benevolência que se obtém uma média superior seguida, imediatamente, pela ideologia da higiene mental, no entanto, o autoritarismo e a restrição social surgem também como atitudes valorizadas pelos estudantes.

A comparação dos resultados nas crenças e atitudes, antes e após o ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e psiquiatria, revela um efeito estatisticamente significativo ($p < 0,05$), no entanto, a maioria dos tamanhos de efeito são muito modestos (baixos), excepção para crença na incurabilidade e atitude de restrição social

Conclui-se, então, perante estes resultados, que o ensino clínico contribui para uma perspectiva mais positiva em relação às crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem.

ABSTRACT

The stigma attributed to mental disorders were to result in maintaining strong negative attitudes of populations in relation to the carriers of these diseases that led to the perpetuation of stereotypes about the dangerousness, unpredictability and incurable (Scull, 1981; Pichot, 1983; Link & Cullen, 1983; Ayesteran & Paez, 1986; Skinner et al., 1992; Johnson & Orrel, 1995; Whaley, 1997; Phelan et al., 2000; Hirai & Clum, 2000; Angermeyer, 2004; Loureiro, 2008).

Assuming that the nursing students share stigmatizing attitudes common to the general population that may influence their care as future health professionals, this study aims to assess the beliefs and attitudes of nursing students and patients about mental illness and the effect of clinical training in Mental Health Nursing and Psychiatric those beliefs and attitudes. (*in vivo contact*) the clinical practice of Nursing Mental Health and Psychiatry in these beliefs and attitudes.

This study is quasi-experimental in nature and was assessed the beliefs and attitudes before and after the frequency of clinical practice.

The sample consists of 89 students to attend the degree course of Nursing, in the Nursing College of Coimbra.

As instruments of data collection was a questionnaire for socio-demographic, *Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais* (ICDM) Loureiro (2008) and the Portuguese version translated and adapted (Oliveira, 2005; Loureiro, 2008) Opinions about the Mental Illness Scale (OMIS) Cohen and Struening (1962).

Due to the results about the beliefs and attitudes towards patients and mental illness prior to the frequency of clinical instruction in Mental Health Nursing and Psychiatry, the average of the beliefs revealed positive results towards a recognition of the disease and its medical nature, yet, the stereotypes of dangerousness, incurable and individual responsibility are pronounced. Concerning their attitudes to observe that benevolence is the size you would get an average of more than immediately by the ideology of mental hygiene, however, authoritarianism and social restriction also arise as attitudes valued by students.

The comparison of the beliefs and attitudes before and after the clinical practice of Nursing Mental Health and Psychiatry, revealed a statistically significant effect ($p < 0.05$), however, most effect sizes are very modest (low), except for the incurable belief and attitude of social restriction.

Therefore, given these results, the clinical practice contributes to a more positive outlook in relation to beliefs and attitudes of nursing students.

SUMÁRIO

Lista de Siglas	10
Lista de Quadros	11
INTRODUÇÃO	12
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1. CRENÇAS E ATITUDES SOBRE AS DOENÇAS E DOENTES MENTAIS	17
1.1. CRENÇAS E ATITUDES: GENERALIDADES	17
1.2. CONCEPÇÕES DE DOENÇA E DOENTES MENTAIS: PERSPECTIVA HISTÓRICA	20
1.3. DO ENCLAUSURAMENTO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS	31
1.4. CONSTRUÇÕES SOCIAIS CORRENTES: PRECONCEITO, ESTÉREOTIPOS, ESTIGMA	33
2. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	46
2.1. O ENSINO DE ENFERMAGEM	46
2.2. APRENDER A SER ENFERMEIRO	53
2.3. A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	55
3. IMPACTO DA FORMAÇÃO SOBRE AS CRENÇAS E ATITUDES ACERCA DAS DOENÇAS E DOENTES MENTAIS	60
3.1. CRENÇAS E ATITUDES DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: ESTUDOS MAIS RELEVANTES	60
PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	66
1. DELINEAMENTO DA INVESTIGAÇÃO	67
1.1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	67
2. METODOLOGIA	70
2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES:	70
2.2. POPULAÇÃO – AMOSTRA	72
2.3. VARIÁVEIS ESTUDADAS	74
2.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	74
2.5. DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	75
2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	80
3. RESULTADOS	81
3.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	81

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	94
CONCLUSÃO	111
BIBLIOGRAFIA	115
ANEXOS	
ANEXO I	
ANEXO II	
ANEXO III	

LISTA DE SIGLAS

ESMP	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
ICDM	Inventário de Crenças Acerca da Doença Mental
ODM	Opiniões sobre a Doença Mental
OMIS	Opinions about Mental Illness Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
SNS	Serviço Nacional de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estruturas psicológicas que compõem o estigma público e o auto-estigma	37
Quadro 2	Distribuição dos estudantes de enfermagem segundo as características sociodemográficas (n = 89)	73
Quadro 3	Estatísticas resumo das variáveis <i>idade</i> dos estudantes (n = 89)	73
Quadro 4	Resultados da aplicação do teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i>	82
Quadro 5	Estatísticas resumo para as dimensões do ICDM (n=89)	83
Quadro 6	Resultados da comparação das médias (teste t para amostras independentes) das crenças em função da familiaridade/contacto com pessoas com diagnóstico de doença mental	84
Quadro 7	Resultados do teste <i>t</i> de <i>student</i> para grupos emparelhados Variáveis dependentes: crenças acerca dos doentes e das doenças mentais (n=89)	86
Quadro 8	Estatísticas resumo para as dimensões da OMI (n=89)	87
Quadro 9	Resultados da comparação das médias (teste t para amostras independentes) das atitudes em função da familiaridade/contacto com pessoas com diagnóstico de doença mental	87
Quadro 10	Resultados do teste <i>t</i> de <i>student</i> para grupos emparelhados Variáveis dependentes: atitudes dos doentes e das doenças mentais (N=89)	88
Quadro 11	Matriz de correlações bivariadas de <i>Pearson</i> entre as dimensões das atitudes e das crenças acerca dos doentes e das doenças mentais (N=89)	89
Quadro 12	Resultados da ARM (método <i>stepwise</i>): Preditores: crenças acerca das doenças. Critério: <i>autoritarismo</i> (N=89)	91
Quadro 13	Resultados da ARM (método <i>stepwise</i>): Preditores: crenças acerca das doenças. Critério: <i>Benevolência</i> (N=89)	92
Quadro 14	Resultados da ARM (método <i>stepwise</i>): Preditores: crenças acerca das doenças. Critério: <i>Ideologia da Higiene Mental</i> (N=89)	93
Quadro 15	Resultados da ARM (método <i>stepwise</i>): Preditores: Crenças acerca das doenças. Critério: <i>Restrição Social</i> (N=89)	93
Quadro 16	Resultados da ARM (método <i>stepwise</i>): Preditores: crenças acerca das doenças. Critério: <i>Etiologia Interpessoal</i> (N=89)	94

INTRODUÇÃO

Os cuidados a pessoas com perturbações mentais reflectiram desde sempre os valores sociais predominantes em relação à percepção social dessas doenças. Assim, ao longo dos séculos os portadores destas doenças foram sendo tratados de diferentes maneiras.

A Europa, no século XIX, acompanhou as orientações divergentes relativamente à forma de actuação perante as pessoas com doenças mentais. Por um lado, e atendendo ao acelerado desenvolvimento das ciências experimentais, as doenças mentais foram consideradas como tema de grande interesse para a investigação científica; a psiquiatria progrediu como um ramo da medicina e as pessoas com perturbações mentais foram reconhecidas enquanto doentes da medicina. Por outro lado, estes doentes eram indesejáveis e, como tal, isolados da sociedade em grandes instituições de tipo carcerário.

É na segunda metade do século XX que ocorre uma mudança significativa no paradigma dos cuidados em saúde mental devido à psicofarmacologia, ao movimento a favor dos direitos humanos e ao facto da OMS, em 1948, ter incorporado na definição de Saúde as componentes sociais e mentais. Todavia, os estigmas imputados às perturbações mentais continuaram fortes.

Reconhecendo que esta formação garante um melhor uso dos conhecimentos disponíveis e faculta uma intervenção mais fundamentada e eficaz, procuramos, ao longo deste trabalho, analisar criticamente o que foi a Enfermagem Psiquiátrica e como deve ser perspectivada presentemente de molde a contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais.

Os enfermeiros reconhecem hoje que, tal como afirma Milheiro (1999, p.232), “ a saúde mental constrói-se e promove-se no dia-a-dia dos indivíduos inseridos na cultura, na técnica e na civilização”. O mesmo autor acrescenta “ A saúde mental do cidadão e da cidade trabalha-se muito no quotidiano, na relação entre as pessoas, na relação entre os indivíduos e as instituições, na fluidez da comunicação, no sentimento de participação que cada um tem de tudo isso”.

Este autor realça a importância de investir na escola, na cultura, na família, em prol da saúde mental da população.

Segundo Pinto-Foltz e Logsdon (2009) a maioria dos estudos sobre estigma foram desenvolvidos no Reino Unido e Austrália. A literatura em enfermagem incide essencialmente sobre os aspectos relacionados com a descrição dos indivíduos sujeitos a

discriminação, o insight relacionado com a experiência, a gestão do estigma, a informação sobre o perfil dos indivíduos sujeitos à estigmatização e o acesso aos serviços de saúde mental.

Num estudo de intervenção de enfermagem realizado no Reino Unido por Essler (2006) e referenciado por Pinto-Foltz e Logsdon (2009) concluiu-se que o número de enfermeiros que investigam o estigma relacionado com a doença mental é reduzido e, de igual modo, são escassos os instrumentos utilizados. Contudo, na opinião dos referidos autores, os enfermeiros estão numa posição privilegiada para planear intervenções que proporcionem um impacto positivo sobre o público podendo fazê-lo através de partilha de conhecimento com a comunidade seleccionando escolas e locais de trabalho.

Para Corrigan (2004) o futuro da pesquisa em enfermagem deve incluir a avaliação e o desenvolvimento de intervenções a nível macro e microsocial de forma a reduzir o estigma sendo que a intervenção deve ser dirigida a grupos que podem deter influência no sentido de melhorar as atitudes perante as pessoas com doença mental, como sejam, professores, políticos, empresários, profissionais de saúde e meios de comunicação social.

Na perspectiva de Pinto-Foltz e Logsdon (2009) chegou o momento oportuno para os enfermeiros assumirem a liderança neste problema de saúde pública que afecta milhões de pessoas promovendo a mudança de atitudes e contribuindo para um tratamento justo das pessoas com perturbação mental partindo de um quadro de justiça social e que pode ser incorporado nas práticas actuais. Neste contexto, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria devem desenhar, implementar e avaliar planos de intervenção para a redução do estigma numa posição de avanço científico.

A experiência das duas últimas décadas indica os principais factores para o sucesso deste processo de combate ao estigma. São eles: consultar os doentes e as suas famílias acerca dos principais objectivos desta acção bem como integrá-los em programas relevantes; conceber este processo contra o estigma como um esforço a longo prazo integrado na prestação de serviços de saúde e outros serviços sociais; envolver as entidades competentes, inclusive o governo, os profissionais de saúde e os “media” nos programas; focar os problemas específicos que resultam do estigma em vez de optar por abordagens genéricas às pessoas na tentativa de mudar as suas atitudes.

Atendendo a que as crenças e atitudes acerca das doenças e doentes mentais tem sido uma área de alguma forma negligenciada na formação dos profissionais de saúde, especificamente porque ao privilegiar nos currículos a aquisição de saberes, descuidam, quer as representações socialmente construídas, na maioria das vezes distorcidas, sobre as doenças e os doentes mentais quer, ainda, porque o impacto que o contacto (*in vivo*) tem

nessas crenças e atitudes, especificamente ao nível das atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios em relação às pessoas portadoras dessas doenças não tem sido uma área alvo de pesquisa no contexto português, este estudo tem como objectivos avaliar as crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e dos doentes mentais e o efeito (*in vivo contact*) do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria nessas crenças e atitudes.

Esta dissertação encontra-se estruturada em duas partes: uma primeira parte relativa ao enquadramento teórico que consideramos essencial no sentido de rever e fundamentar aspectos fundamentais relativos às questões de investigação e objectivos que nos propomos atingir e uma segunda parte dedicada à exposição de todas as etapas do trabalho de investigação onde tem lugar o exercício de reflexão que se traduz na discussão dos resultados.

Deste modo, a primeira parte do presente trabalho procura rever bibliograficamente os conceitos gerais de crenças e atitudes a que se segue uma revisão histórica das concepções de doença e dos doentes mentais. Esta perspectiva histórica revela-se, no nosso entender, importante, na medida em nos oferece uma impressão fundamentada sobre as respostas sociais e médicas às doenças mentais que têm variado ao longo dos tempos tornando-se evidente a evolução das políticas de Saúde Mental que passou pelo enclausuramento, o internamento até à desinstitucionalização. São ainda abordadas as construções sociais correntes: preconceito, estereótipos e estigma bem como as estratégias de educação/sensibilização, contacto (*in vivo*) e protesto/denúncia.

Um segundo momento do enquadramento teórico desta dissertação é dedicado à apresentação dos aspectos relacionados com a formação em Enfermagem, concretamente ao ensino de Enfermagem e o percurso realizado pelos estudantes sendo dado especial destaque às particularidades da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A sumarização daquele que consideramos ser o conjunto de investigações que evidenciam o impacto da formação sobre as crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais surge mediante uma revisão dos estudos considerados mais relevantes sobre as crenças e atitudes dos estudantes do Ensino Superior.

A parte II desta dissertação inicia a investigação propriamente dita com a formulação do problema, as diferentes etapas metodológicas que integram as questões de investigação e hipóteses, a descrição das características gerais da amostra, as variáveis estudadas bem como o procedimento de recolha de dados com a respectiva descrição do instrumento de recolha de dados.

À apresentação dos resultados segue-se a discussão de todo o conjunto de resultados estatisticamente significativos que se fazem acompanhar de considerações reflexivas e comparativas com investigações produzidas por outros autores.

As conclusões encerram o presente trabalho.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CRENÇAS E ATITUDES SOBRE AS DOENÇAS E DOENTES MENTAIS

1.1. CRENÇAS E ATITUDES: GENERALIDADES

Na perspectiva de Beck (1995), citado por Cláudio e Sousa (2003), os indivíduos desenvolvem, desde a infância, crenças sobre si próprios, sobre os outros e sobre o mundo, isto é, verdades absolutas que os orientam e conduzem no seu quotidiano. Deste modo, as crenças centrais do sujeito surgem como conhecimentos fundamentais e profundos que se caracterizam por uma evidente rigidez e generalização.

As crenças vão modelar as atitudes. Por sua vez, a atitude, como refere Lima (1997), funciona como mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos. Neste seguimento, à forma de agir corresponderia a atitude motora e à forma de pensar corresponderia a atitude mental.

O mesmo autor considera, ainda, que as crenças fornecem o suporte para defender a posição atitudinal proporcionando, desta forma, a informação que o indivíduo teria disponível acerca do objecto e, face à qual, se poderia associar uma probabilidade de veracidade. Neste contexto, as atitudes seriam suportadas pelas crenças e estas constituiriam a sua componente cognitiva.

Dado que as componentes cognitiva e afectiva das atitudes tendem a ser coerentes, a maneira de modificar uma será através da alteração da outra. Assim, agir ao nível das crenças do indivíduo poderá levar a uma reestruturação da representação cognitiva do objecto. Esta reestruturação irá provocar, como salienta Wilson, citado por Cardoso (2003), uma alteração na valoração desse objecto, de modo a dar consistência a afectos e cognições. Ocorrido este processo, assiste-se a uma modificação da atitude original.

A atitude, sendo algo que se vai construindo com carácter pluridimensional e dinâmico, deve ser compreendida como um instrumento fundamental da enfermagem.

As Crenças

As crenças são entendidas como estruturas cognitivas que filtram, codificam e avaliam permitindo que a pessoa seja capaz de categorizar e interpretar experiências de modo significativo (Beck, 1979).

Durkheim (1998) refere-se à consciência colectiva muito forte, característica das sociedades simples em que é evidente a partilha dos valores e das crenças. Com o decorrer do tempo foi-se perdendo esta consciência colectiva e adquiriu-se uma consciência individual característica das sociedades modernas em que as crenças deixam de ser comuns a toda população. Deste modo, cada indivíduo possui as suas crenças e assume comportamentos mais racionais que se vão reflectir de forma directa nos modos de conceber a saúde e a doença.

Pires (2000), citado por Costa (2009), salienta que para além das crenças sociais de saúde e de doença também os profissionais de saúde desenvolvem as suas próprias crenças relacionadas com a natureza específica dos problemas clínicos, a incidência e prevalência de cada problema de saúde assim como a gravidade e a possibilidade de tratamento ou, ainda, sobre o próprio doente e as razões que o levam a recorrer aos serviços de saúde.

O mesmo autor assinala também que os estereótipos podem assumir um papel preponderante no processo de tomada de decisão no que concerne à intervenção terapêutica. Estes estereótipos poderão, pois, surgir como problemáticos e directamente responsáveis por equívocos no processo de tomada de decisão.

Ao estudar as crenças e representações sociais dos técnicos de saúde mental e a sua influência nas práticas terapêuticas, Costa (2009) concluiu que os técnicos desta área podem incorrer em erros representacionais, atribucionais e ao nível da intervenção terapêutica que decorrem da influência dos seus modelos de referência.

Freitas e Borges-Andrade (2004) salientam que as crenças vinculam o objecto a um atributo.

Numa perspectiva antropológica, as crenças são consideradas como preposições falsas que separam o conhecimento comum, popular, do conhecimento científico. Sobre este assunto, Quartilho (2001), diz-nos que as «crenças culturais» são muitas vezes invocadas para justificar a “ignorância” das pessoas sobre as questões que estão directamente associadas à sua saúde obrigando à tomada de posições no sentido de proceder à necessária correcção destas crenças erróneas, nomeadamente no âmbito dos programas de saúde pública.

As atitudes

Em todas as épocas, as atitudes têm sido objecto de estudo por parte de diversos autores. São diversas as definições de atitude.

Ajzen (1988) citado por Lima (2004, p.188) afirma que “atitude é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objecto, pessoa, instituição ou acontecimento”.

Vala e Monteiro (1996) salientam que as atitudes têm uma forte ligação com os comportamentos, referem-se ao campo da acção e não são directamente observáveis, têm origem nas experiências subjectivas, são quase sempre referidas a um objecto social, incluem sempre uma dimensão afectivo-avaliativa e são aprendidas.

Os dados provenientes das investigações realizadas sugerem exactamente o que foi anteriormente referido, isto é, as atitudes resultam da aprendizagem e são amplamente influenciadas pelas experiências individuais e pelo contexto social em que ocorrem, sendo ainda de destacar a influência da informação a que estão sujeitos, não podendo, contudo, ignorar as influências genéticas na formação de algumas atitudes (Cardoso, 2003). Deste modo, as atitudes, como salienta Oliveira (2007), constituem um património adquirido na sequência de processos de aprendizagem.

As origens das atitudes são, pois, fortemente culturais na medida em que tendemos a assumir atitudes que prevalecem na cultura em que crescemos, nomeadamente, dentro da estrutura familiar.

De acordo com Triandis (1974), citado por Oliveira (2007), a atitude é uma ideia carregada de emoção que predispõe um determinado número de acções, a um grupo específico de situações sociais. Surgem da integração que o indivíduo faz das normas sociais e servem como orientação para a acção. Neste contexto, a atitude não é mais do que a emoção que se sente face a uma determinada situação surgindo como uma avaliação que se faz do mundo que nos rodeia constituindo um julgamento.

Esta definição comporta três dimensões que correspondem às componentes da atitude.

A componente cognitiva reflecte os pensamentos acerca do objecto da atitude, ou seja, remete para o modo como este é designado e definido.

A componente afectiva remete para o sentimento de agrado ou desagrado experimentado pelo sujeito face ao objecto da atitude, o que, obrigatoriamente, vai envolver a sua emoção que pode ser positiva ou negativa e, ainda, mais ou menos intensa. Engloba o nosso sistema de valores.

A componente comportamental diz respeito aos comportamentos que o sujeito evidencia face ao objecto da atitude. A esta componente surge associado um conjunto de crenças que, de forma mais ou menos intensa, influencia a acção.

Um dos motivos de interesse na abordagem das atitudes está, como refere Oliveira (2007), na possibilidade de prever o comportamento, em determinadas situações.

As décadas de 1920 e 1930 foram caracterizadas pela era da medição de atitudes.

Fonseca (2001) justifica este aumento de adeptos da medição de atitudes relacionado com o facto dos cientistas da época advogarem que só deste modo poderia ser considerada no âmbito da ciência. E assim, foram desenvolvidas por Thurstone e Likert metodologias de medição das atitudes, as escalas de atitudes, partindo do princípio de que as atitudes podem ser medidas através das opiniões e avaliações que os sujeitos efectuam acerca de uma determinada situação.

Oliveira (2007) refere-se a estas escalas como dispositivos ou técnicas para avaliar (medir) o grau, intensidade e a direcção das atitudes com base em opiniões. São, pois, técnicas estruturadas com preocupações psicométricas.

1.2. CONCEPÇÕES DE DOENÇA E DOENTES MENTAIS: PERSPECTIVA HISTÓRICA

As doenças mentais desafiaram, ao longo dos tempos, a filosofia, a religião e a ciência, actualmente continuam a constituir um desafio para as ciências humanas. Nesta perspectiva Foucault (2007) considerou como facto inquestionável que a doença mental esteve sujeita, mais do que qualquer outra doença, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses económicos, à história. Deste modo, cada período histórico acentua a complexidade de atitudes e de concepções que coexistem e que dão sentido ao fenómeno da loucura e da doença mental.

Concordamos com Pichot e Fernandes (1984) quando afirmam que a história da psiquiatria ilustra bem este processo de reacções pessoais, sociais e culturais à loucura:

(...) a história das «doenças mentais» enlaça-se intimamente com a história das civilizações e das culturas. Daí a constante contaminação com toda a sorte de concepções (e de práticas), mágicas, míticas, místicas, supersticiosas, doutrinárias, ideológicas e mitofílica (p.318).

Porter (2002) salienta que a loucura é tão antiga como a própria humanidade, atendendo às trepanações encontradas em achados arqueológicos que se referem a um eventual tratamento da loucura. Os buracos no crânio das caveiras encontradas e datadas de 5000 a.C. permitiriam a saída das possessões demoníacas (Cordeiro, 1987).

A loucura era compreendida nas culturas mais primitivas na base das interpretações "mágico-religiosas" resultantes da infracção de regras ou possessão do demónio.

Na antiga Grécia há registos de casos de loucura que podem ser constatados na obra de Homero cujos poemas caracterizam o modelo teórico da loucura (Cherunbini, 2006). A mitologia grega, uma das mais ricas entre as civilizações da antiguidade, apresentava respostas para as mais variadas enfermidades sofridas pela humanidade.

Em meados do século V a.C., com a posição marcada pelos filósofos que procuravam explicações racionais para os fenómenos da natureza, dá-se a transição do período mitológico para a época de Hipócrates.

Hipócrates, possuindo uma concepção médica da doença, estuda a personalidade do doente e apresenta a teoria dos Quatro Humores Corporais: sangue, linfa, bÍlis e fleuma, descrevendo os temperamentos humanos (sanguÍneo, colÍrico, melancÓlico e fleumático), numa perspectiva que entendia que a perturbação mental resultaria do excesso de bÍlis negra. Considerava, ainda, que a epilepsia, até aí designada por «mal sagrado», era uma enfermidade natural com origem no cérebro.

Com Hipócrates dá-se uma mudança radical no conceito de loucura.

A separação radical entre espírito e matéria estabelecida pela doutrina platónica define o homem como um ser composto por alma e corpo, espírito e matéria. Esta percepção do composto humano em dois planos incompatÍveis traz consequências ao nível da compreensão da doença realçando a ideia de que as doenças mentais tinham origem sobrenatural não sendo pois englobadas pelo campo da medicina.

Aristóteles, mais orientado para a biologia e, pois, para a observação, propõe empiricamente o tratamento da loucura através da libertação das emoções reprimidas (Cordeiro, 1987). Tais influências são integradas por outros pensadores da época, de Platão a Celso Aureliano, que associam a loucura ao desarranjo dos Humores e, como tal, prescrevem terapias físicas para a purificação dos órgãos e a diluição dos humores e que se constituem como fundamentais para o restabelecimento do equilíbrio.

Com a civilização romana surge um conceito popular de loucura influenciado por crenças etruscas. Surgia a preocupação pelas consequências sociais da loucura e não com as suas origens. Os romanos dedicam-se, igualmente, à psiquiatria forense, definindo na lei os

estados patológicos mentais, atribuindo-lhes um estatuto próprio, sem grau de culpabilidade civil (Póvoa e Silva, 1997).

Como salienta Santos (2001), foram importantes os avanços conseguidos pelos romanos no estudo das doenças mentais e na assistência a estes doentes. Contudo, com o declínio do Império Romano e a ascensão do Cristianismo a aceção sobre o sobrenatural volta a ganhar força. De facto, em oposição aos filósofos gregos, o cristianismo negava que a razão fosse a essência do homem.

Com a Idade Média dá-se uma considerável regressão no conceito de doença mental. Ao invés de doença mental fala-se em possessão demoníaca que era expressão dos espíritos maléficos que ocupavam a alma racional. Deste modo, o doente mental e o seu tratamento voltam a ser encarados com mistério e magia recorrendo-se à feitiçaria.

A doença mental vai, no entanto, ser olhada e interpretada de um modo significativamente diferente quando se dá a queda do império romano que implicou profundas mudanças na organização social do mundo europeu em que há a realçar o papel dos Árabes (Oliveira, 2005).

Neste ambiente de obscurantismo, os Árabes constroem hospitais psiquiátricos como o de Adrianópolis em 1500 d.C.. Segundo Foucault (2007), a prática de retirar os doentes mentais do convívio social tem a sua origem na cultura árabe. Em Espanha, depois das invasões árabes em 711, foi construído o hospital de Granada com uma parte destinada aos «dementes» e, o primeiro estabelecimento psiquiátrico propriamente dito é criado em 1409 pelo frade João Gilberto Jofré na parte católica de Espanha.

É na Idade Média, entre 1095 e 1270, com a exortação das Cruzadas, que, como recorda Loureiro (2008), surge o desenvolvimento da lepra no Ocidente, considerada como um «castigo divino», a doença por excelência.

Contudo, no século XV, com o declínio das Cruzadas, a lepra desaparece da sociedade deixando vazios os leprosários. Estes espaços viriam a ser ocupados por todos aqueles que sofrem de enfermidade mental bem como por todos os indigentes, pobres e famintos que vagueavam pelas ruas. Esta foi a solução encontrada para manter a ordem social (Oliveira 2005; Loureiro, 2008). Nestes moldes, procedeu-se a uma mudança dos mecanismos e práticas sociais manifestada na reorganização das instituições.

Foucault (2007) mostra como a loucura substituiu a lepra até então considerada como principal objecto de exclusão e supressão na sociedade.

Esse fenómeno é a loucura. Mas será necessário um longo período de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede à lepra dos medos seculares, suscite

como ela reacções de divisão, de exclusão, de purificação que no entanto lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente (p.8).

O estigma e a exclusão social em relação a estas duas figuras – o louco e o leproso – são, pois, reforçados nesta época com a construção de espaços físicos como único meio para alcançar a salvação divina e protecção ao contágio.

Noutra linha de pensamento, ainda na Idade Média, alguns filósofos escreveram sobre a alma humana e os seus males. Alberto Magno, à semelhança de Aristóteles, afirmava que a alma não podia adoecer e que toda a doença era de natureza orgânica. Santo Agostinho dedicou-se com particular atenção à observação dos fenómenos da memória e da consciência e São Tomás de Aquino, que era igualmente um grande admirador de Aristóteles, dedicou-se com entusiasmo ao estudo da psicologia.

Com o Renascimento, os loucos são considerados pessoas perigosas, tais como os criminosos e os mendigos e, como tal, são excluídos da sociedade e institucionalizados ou, em alguns casos, enviados para cruzadas, guerras ou peregrinações.

De forma simbólica a loucura surge associada a uma figura da paisagem imaginária do Renascimento – a Nau dos Loucos – que Foucault (2007) descreve como um estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos: “esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra” (p.9).

Como é descrito por Foucault (2007) os loucos tinham uma existência errante e, por isso eram escorraçados dos muros das cidades.

No dizer de Fonseca (1985) o advento do Renascimento não introduziu progressos na anterior concepção da doença mental e, mesmo no que respeita às instituições hospitalares, os doentes mentais vivem em condições de maior promiscuidade. Na perspectiva deste autor cedo se perdeu a nobre tradição árabe e peninsular e as suas instituições também deram lugar aos hospícios semelhantes aos demais países europeus. Neste seguimento, os doentes mentais, juntamente com os pobres, os delinquentes e os que eram abandonados pelas famílias passam a ser recolhidos nos referidos Hospícios que eram instituições caridosas que constituíam um misto de casa de assistência e reclusão.

Alguns pensadores, no entanto, trouxeram avanços à psiquiatria durante a época do Renascimento, nomeadamente Paracelso que advogava que a doença mental era uma perturbação da substância interna do corpo, o qual estava intimamente ligado à alma. No seu entender era importante reforçar a capacidade do corpo para se «curar a si próprio».

Johann Weyer, médico holandês, postulava que as doenças mentais não eram sobrenaturais e que as feiticeiras precisavam ser tratadas como doentes mentais.

Santos (2001) salienta que o Renascimento foi um período durante o qual o homem começou a procurar de novo a verdade a seu próprio respeito, restabelecendo-se o princípio da observação objectiva, dando-se início à era da Razão.

Assim, o grande contributo introduzido no final deste período relativamente à loucura encontra-se no seu reconhecimento pela razão: “ a loucura torna-se uma das próprias formas da razão.” (Foucault, 2007,p.33).

Nesta época a loucura perde a significação mítico-religiosa para ganhar um significado moral que prevaleceu no decorrer de toda a Idade Clássica, associado ao conceito de «desrazão», caracteristicamente moral (Nalli, 2001).

Mas, com Descartes (século XVII) e a sua concepção dualista de influência platónica, a loucura e a razão aparecem como duas forças opostas e que, conseqüentemente, se excluem. Com este filósofo racionalista o corpo é apenas uma máquina biológica sendo a razão a verdadeira essência do homem. Esta concepção metafísica contribui, assim, para uma visão do mundo da loucura que se vai tornar num mundo da exclusão. O dualismo cartesiano, porventura mal interpretado, na opinião de Pichot e Fernandes (1984), levou, desde então, ao dilema de separar, em cada caso, o que era «físico» do que era «psíquico».

O século XVII fica marcado por grandes alterações socio-económicas que originam fenómenos de mendicidade, vagabundagem, desemprego e fome. As pessoas são encaminhadas, de forma compulsiva, para casas de internamento (prisões, casas de correcção, asilos, hospitais), outros ainda, em troca de assistência são coagidos a trabalhar.

A nova ordem económica e política desencadeada pela burguesia impõe regras que implicam um trabalho eficaz e produtivo. As pessoas com perturbação mental não eram úteis nos circuitos de produção e do consumo da economia mercantilista provocando nos decisores políticos, nomeadamente na ordem monárquica e burguesa, o fenómeno do internamento, isto é, a decisão política de aprisionar toda esta franja de gente não útil ao aparelho produtivo. Como explica Fleming (1976), há um imperativo de trabalho e razões de ordem predominantemente económica e política neste *acto de enclausuramento* e explícita:

O fenómeno do internamento, estrutura própria à ordem monárquica e burguesa, verificava-se em toda a Europa. Um ano após a fundação do Hospital Geral de Paris encontram-se aí encerradas 6000 pessoas: mendigos, vagabundos, condenados de direito comum, loucos, desempregados, ao cuidado de um director com poderes absolutos de direcção, administração, comércio, policia, jurisdição, correcção e castigo. Em 1676, um edital estabelece a criação de um hospital geral em todas as cidades do Reino de França; em Inglaterra, um decreto datado de 1575, prescreve a construção de «casas de trabalho»; na

Alemanha, este mesmo fenómeno observa-se a partir de 1620 com a criação de «casas de correcção». Em Portugal virá a verificar-se a partir de 1780, depois da abertura da Casa Pia (p.14).

Nestas situações não é tida em conta a atitude terapêutica, os doentes internados eram acorrentados e sujeitos a deploráveis condições de higiene sendo ainda sujeitos a trabalhos forçados e a constantes actos de violência física. Podemos sinteticamente dizer que a sua existência acontecia num constante cenário de horror que é descrito por Johann Reil, professor de Medicina, citado por Shorter (2001, p.20):

Como criminosos, fechamos estas pobres criaturas em gaiolas de loucos, em velhas prisões (...) em sótãos isolados por cima dos portões da cidade ou nas caves húmidas das prisões onde o olhar carinhoso de um amigo da humanidade nunca pousará sobre eles; amarrados por correntes, apodrecendo nos seus próprios excrementos.

Trata-se de um «confinamento massivo» e uma «cega repressão» (Porter, 2002), especificamente com o surgimento do absolutismo, com Luís XIV, que fundou dois dos hospícios que fazem parte da história dos manicómios franceses, o Bicêtre para homens e o Salpêtrière para mulheres.

A este respeito, diz-nos Foucault (2007, p.53):

O Classicismo inventou o internamento um pouco como a Idade Média a segregação dos leprosos; o vazio deixado por estes foi ocupado por novas personagens do mundo europeu: são os “internos” (...) o gesto que aprisiona não é mais simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas económicas, morais (...) os fenómeno tem dimensões europeias.

No século XVII, a loucura foi sendo identificada não com os demónios, humores ou paixões mas com a irracionalidade (Porter, 2002) ou a desrazão (Foucault, 2007).

Pelos finais do século XVII, como nos relata Fonseca (1985), começa a notar-se um maior interesse pela interpretação científica. De salientar os estudos de Thomas Sydenham sobre a histeria, de Thomas Willis sobre a paralisia geral e de George Stahl sobre a etiologia de várias doenças. Francis Bacon foi o primeiro autor a descrever os efeitos dos opiáceos.

Spinoza, descendente de judeus portugueses, desenvolveu, ao contrário de Descartes, todo um conceito monista de integração psicofisiológica, em que a alma e o corpo eram considerados como dois aspectos ou vertentes da mesma identidade.

O tema da loucura aparece, igualmente, tratado em obras poéticas e literárias, tais como o *Hamlet e o Rei Lear* de Shakespeare, o *Elogio da Loucura* de Erasmo e *Don Quixote* de Cervantes.

Fé (1998) recorda que Erasmo de Rotterdam chega a afirmar que a loucura é o estado natural do homem, não havendo sábio, filósofo ou cientista que não tenha tido o seu momento de loucura.

O período compreendido entre o século XVII e meados do século XVIII, em consequência da influência da preocupação cultural sobre a psiquiatria, é denominado por alguns autores como *Psiquiatria Barroca*.

Com o desenvolvimento da industrialização e do capitalismo, o internamento começa a ser perspectivado de outra forma, isto é, em termos do interesse económico dos diversos países europeus. De facto, a crescente necessidade de mão-de-obra exige o recrutamento de pessoas nos asilos procedendo-se, pois, a um certo crivo dos que aí permanecerão. Como adverte Alves (2008), nos asilos só ficarão os loucos na medida em que representam a antítese dos valores. O internamento passa a ser equacionado com todo um contexto económico e social: “O internamento é criticado, exactamente porque ele produzia um grave erro económico quando acreditava que se acabaria com a miséria, colocando a população pobre fora do circuito de produção e mantendo-a pela caridade” (Vieira, 2007, p.17). Deste modo, os pobres deveriam ser libertados do internamento e colocados à disposição da sociedade.

Numa perspectiva de mudança tecnológica mas também científica ocorrida no período entre meados do século XVIII a meados do século XIX regista-se a marca deixada por uma concepção humanista para a qual o louco é alguém que merece ajuda e compreensão. Neste âmbito preconiza-se que os loucos possam ser acolhidos em instituições e, mais tarde, reintegrados na sociedade após um processo de reeducação pelo trabalho.

É com Pinel (1793) em França e Tuke (1796) em Inglaterra, que se iniciam as grandes mudanças no tratamento dos doentes mentais. Pinel, considerado o pai da primeira revolução psiquiátrica, aponta as tendências humanistas do chamado tratamento moral e separa o doente mental dos presos de delito comum conferindo-lhe o direito de ser tratado em vez de ser punido. Define como prioridades as medidas de higiene, de alimentação, as condições de vida no interior do hospital e as qualidades morais e de relação do pessoal que cuida dos doentes mentais. Publica, em 1801, um importante Manual de Psiquiatria que se baseava no pressuposto de que os asilos constituíam os locais mais apropriados para a prática de uma terapia psicológica curativa. Assim, a loucura passa a ser uma questão de ordem médica, dando origem ao nascimento da Psiquiatria como ciência empírica que estuda o louco como indivíduo social dentro do asilo.

A partir de então, como adverte Freyre (2006), os manicómios passaram a ser considerados «instrumentos de cura» e não apenas de exclusão e de clausura.

Jara (1992) evidencia que o início da história moderna da psiquiatria assenta em duas componentes que Pinel uniu na sua obra: o estudo, observação e descrição da alienação mental, nas suas diversas manifestações e o tratamento moral dos alienados.

A loucura, nesta época passa a designar-se de alienação.

No entender de Pélicier (1992, p.91), Pinel só conseguiu concretizar a sua reforma porque “contou com a prudência e a experiência do chefe dos enfermeiros Pussin”.

A partir de Pinel, a loucura passa a ser tratada porque se torna possível o diálogo com o insensato. Fica aberto, como descreve Freitas (2004, p.88): “ (...) o caminho para a reintegração, no círculo comunicativo do alienado, tido até então como completamente encerrado, fechado, internado na sua estranheza com respeito a si próprio e aos outros.”

Deve-se ainda a Pinel a primeira tentativa séria de classificar as doenças mentais. Deste modo foram agrupadas em quatro grandes categorias: manias ou delírios gerais, melancolias ou delírios exclusivos, demências e idiotias.

Esquirol, discípulo de Pinel, defendia um regime diário de actividades que fosse terapêutico, neste sentido, os alienados teriam de seguir um regime regrado, com disciplina em que eram obrigados a reflectir sobre a mudança da sua vida. Com ele surge o primeiro conceito de Comunidade Terapêutica pois acreditava nos efeitos salutareos do “isolamento” em relação ao mundo exterior que incluía o afastamento da família e amigos como factor essencial para distanciar os doentes das anteriores “paixões mórbidas” que haviam dominado e governado as suas vidas (Shorter, 2001).

Esquirol e Ferrus, em 1838, foram responsáveis pela legislação que organizava a hospitalização bem como a protecção dos alienados e dos seus bens. Com esta organização preconizava-se, como é revelado por Pélicier (1973), a não segregação entre curáveis e não curáveis, uma lotação com capacidade moderada e, ainda, dormitórios e locais de reunião e descontração em substituição das celas existentes.

No entender de Foucault (2007), o pavor diante da desrazão é acompanhado por um medo específico da loucura. Ainda segundo este autor, a loucura teve finalmente reconhecidos os seus direitos mas para ser reinserida nas normas sociais da burguesia, considerando que Pinel e os seus seguidores, em vez de libertarem o louco, tornaram-no definitivamente alienado sendo a coerção física substituída pela coerção moral.

Apesar do avanço médico-científico, a doença mental continua a ser interpretada de modo idêntico ao dos tempos medievais. De facto, até ao século XIX, o doente mental é exposto na rua, nas feiras ou é recolhido em instituições de carácter asilar não fomentando, propriamente, a sua cura e/ou reabilitação (Póvoa e Silva 1997).

Também Shorter (2001, p.45) opina a este respeito dizendo que nesta época se assiste a uma clara evolução no pensamento médico, contudo, devido a pressões político-sociais “ (...) a ascensão do manicómio é uma história de boas intenções que azedaram”.

É, com efeito, a partir de meados do século XIX e com o desenvolvimento das ciências exactas, nomeadamente das físico-químicas, que se assiste ao início da preocupação médico-científica com os fenómenos da loucura. Assim, à loucura é conferido um estatuto médico e à psiquiatria o de ciência especializada.

Como nos é relatado por Silva (2002), Foucault critica as ciências naturais por verem o doente como objecto e desvalorizar as particularidades pessoais e a sua fulcral importância para a compreensão da história do indivíduo que deve ser vista como algo único e total.

Já no fim do século XIX a psiquiatria apresenta-se virada para o estudo dos loucos, para a classificação das doenças mentais e ao recurso de medicamentos específicos.

Durante todo o século imperou o modelo asilar que foi concebido como uma «máquina de socializar», pois, “no passado, julgava-se não haver laboratório melhor para a investigação e prática dos princípios de socialização do que o espaço concentrador representado pelo asilo” (Freitas, 2004, p.90).

Griensinger, médico psiquiatra alemão e professor de psiquiatria, tornou-se durante o século XIX, o mais influente representante da designada primeira era da psiquiatria biológica.

Mas, é com Kraepelin que se dá início à psiquiatria clínica. Procedeu à classificação nosológica das doenças mentais, agrupando entidades clínicas de acordo com o seu quadro sintomático, evolução e prognóstico.

Com Kraepelin termina a primeira era da psiquiatria biológica. Este psiquiatra proclamou que, ao contrário do que muitos acreditavam, era o curso da doença mental que oferecia a melhor pista quanto à sua natureza e não tanto a sintomatologia que a pessoa apresentava num dado momento. Deste modo, valorizava a compreensão dos problemas sentidos e vividos pelos doentes num determinado período e no contexto adequado da sua história de vida (Oliveira, 2005).

Kraepelin impulsionou a transformação do asilo em hospital psiquiátrico ao associar os fundamentos clínicos da psiquiatria com a humanização do ambiente hospitalar em que se salienta a preocupação pela terapêutica activa através do trabalho. Desta forma, estavam iniciados os primeiros passos na transformação dos velhos asilos em hospitais.

Alves (2008) recorda que com os asilos psiquiátricos surgem também os problemas da institucionalização, os internamentos prolongados e a cronificação. Estes problemas foram sujeitos a severas críticas questionando as condições de vida dos doentes nos asilos bem

como a responsabilidade dos profissionais. Em resposta a estas críticas surgem alternativas ao sistema asilar, o *no-restraint* e *open-door*, ocorridas em Inglaterra

O *no-restraint* apresentou-se como um “sistema de coação nula” no sentido de diminuir o sofrimento do alienado suprimindo os meios de coação corporal, como as camisas de força, recorrendo à vigilância e a um regime de trabalho capaz de estimular a mente e disciplinar o corpo através da designada «terapia moral» com ênfase na vida comunitária.

O *open-door* ou “asilos de portas abertas” alterou significativamente a configuração asilar que passaram, pois, a ter as suas portas abertas e sem chaves bem como os seus muros demolidos.

Estas experiências, que no século XIX não estavam generalizadas, viriam a gerar um forte impacto apenas no século XX e surgem fortemente associadas ao aumento do número de enfermeiros nas instituições para doentes mentais.

Pélicier (1992) refere que: “não existe dúvida nenhuma que a formação dos enfermeiros e das enfermeiras em psiquiatria teve um papel considerável na evolução e no progresso dos hospitais” (p.91).

Com Freud, procedeu-se à elaboração da doutrina psicanalítica, que determinou uma ruptura com as teorias organicistas e positivistas da psiquiatria clássica.

A loucura passa a ser vista como um fenómeno humano e, como tal, não se pode resumir ao aspecto orgânico.

Freud elabora uma ideologia e um modelo teórico próprio para a explicação, não apenas das perturbações mentais, mas do desenvolvimento psicológico do indivíduo, abarcando a globalidade da sua vida psíquica (Santos, 2001).

Foucault (2007) afirma que Freud dá um passo em frente ao considerar a história do indivíduo, contudo, peca por depositar toda a importância da doença no passado do sujeito. Critica, pois, o método psicanalítico, como revela Silva (2002), por utilizar a regressão como fuga do presente, através da irrealização do presente.

Na cena psiquiátrica surgem, como explica Alves (2008), duas correntes de pensamento que se confrontam: os “organicistas e os psicodinâmicos” sendo que, o período compreendido entre os finais do século XIX e a II^a Guerra Mundial fica marcado por esta dualidade científica.

Em 1917, no âmbito do tratamento da neurosífilis, foram desenvolvidas experimentações significativas que permitiram devolver aos doentes que sofriam de psicoses neurosifilíticas a possibilidade de ter uma vida quase normal quando, até à data, a evolução normal dessa patologia conduzia naturalmente à demência e à morte Este

trabalho experimental corresponde a um avanço na evolução da psiquiatria (Oliveira, 2005).

A sífilis foi finalmente controlada com a descoberta da penicilina e, em consequência disso, foi controlada igualmente uma das principais causas da insanidade e permanência destes doentes nos manicómios.

Contudo, a penicilina apenas permitiu controlar uma parte das situações psiquiátricas o que conduziu à necessidade de procura de terapêuticas alternativas. Assim, recorreu-se à indução de comas insulínicos, electrochoque (ECT), às terapias de sono induzidas por barbitúricos e, à psicocirurgia, que também foi muito utilizada, em particular nos EUA.

Com a necessidade de padronização diagnóstica em psiquiatria surge, a partir da década de 60 do século XX, a necessidade de uniformização de critérios nos diversos países. Deste modo, inicia-se a aplicação de métodos estatísticos em psiquiatria de molde a permitir a padronização de critérios de diagnóstico, tais como os de Feighner *et al.*, do RDC e do DSM-III, entre outros e, ainda, a utilização de inúmeros instrumentos de avaliação, nomeadamente, entrevistas estruturadas, escalas de sintomas, testes neuropsicológicos e outros (Jorge, 1998).

Já em 1994, com a publicação do DSM IV confirma-se a tendência para o afastamento das teorias psicogénicas dominantes e de maior aproximação às orientações organicistas. Ao longo das edições as terminologias utilizadas têm vindo a ser alteradas, com supressão de alguns diagnósticos e introdução de novos rótulos de doença, que justifica um acréscimo de quase 500 páginas da edição do DSM III, de 500 para 943 páginas, na versão revista do ‘DSM IV – TR’ (Porter, 2002).

Esta padronização que contribuiu, de forma inequívoca, para a utilização de uma linguagem comum entre os profissionais de saúde, baseou-se na crença de que a etiologia, manifestações clínicas, evolução e prognóstico das doenças mentais fossem universais, ignorando que a sua determinação também é influenciada por condicionantes culturais.

Contudo, estudos diversos enumerados por Jorge (1998) (Brislin *et al.*, 1973; Fabrega, 1974 e 1987; Hooper, 1991; Kleinman, 1977 e 1988; Kleinman & Good, 1985; Marsella, 1979; Mezzich & Berganza, 1984; Triandis & Berry, 1980; Triandis & Draguns, 1980) vieram mostrar as numerosas variações etnoculturais observadas nas manifestações psicopatológicas.

Actualmente, os dois sistemas dominantes na classificação dos transtornos psiquiátricos o DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2002) e a CID-10 (World Health Organization, 1992), integram já a importância da cultura no diagnóstico psiquiátrico.

1.3. DO ENCLAUSURAMENTO À DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS

É no final da primeira metade do século XX que surge aquilo a que Henri Ey, citado por Póvoa e Silva (1997) denomina “a segunda revolução psiquiátrica” ligada à descoberta das neuroses, da diferenciação da gravidade das psicoses e, da transferência do interesse da doença para o doente.

Nos anos 50 são notórios os progressos a nível da psicofarmacologia. Com a descoberta dos psicofármacos tornou-se possível um controlo efectivo dos sintomas através do que Alves (2008) designa de «colete químico» e, conseqüentemente, a redução dos internamentos já que, deste modo, os doentes psicóticos poderiam permanecer na comunidade por ficar reduzido o receio de manifestações descontroladas e violentas.

A Psiquiatria Social afirma-se a partir da II^a Guerra Mundial, com a Psicoterapia Institucional, as Comunidades Terapêuticas, a Psiquiatria de Sector e a Psiquiatria Comunitária e de Higiene Mental. Deste modo, no seguimento de uma corrente de contestação da psiquiatria asilar surge então a Psicoterapia Institucional, que se apresenta, fundamentalmente como um método explicativo do adoecer mental (Santos, 2001).

Em 1942, com Maxwell Jones, são criadas em Inglaterra as primeiras comunidades terapêuticas. Este tipo de comunidades reforça que a vivência em grupo constitui um instrumento terapêutico o que vem responder às necessidades psicoterapêuticas para o elevado número de pessoas que apresentavam neuroses de guerra.

Após a segunda Guerra Mundial surge a Psiquiatria de Sector, defendida por Lucien Bonnafé, psiquiatra, e que se caracteriza como um movimento de libertação e renovação geral da psiquiatria Asilar. Esta corrente preconiza a transferência do centro de actividade do hospital para a comunidade, bem como a adopção de técnicas baseadas numa diversidade de intervenções terapêuticas, evitando, assim, a segregação e o isolamento do doente. A continuidade no tratamento pós-hospitalar seria assegurada por instituições pós-cura, cuja função é a de ressocialização e reinserção do doente levando a psiquiatria à comunidade.

A esta nova dimensão veio aliar-se a necessidade de prevenção em que a manutenção da saúde mental é promovida a nível das comunidades instaurando-se uma nova era na psiquiatria (Alves, 2008).

No início dos anos sessenta do século XX, surge em Inglaterra, um outro movimento de crítica ao sistema asilar. O termo Antipsiquiatria foi utilizado pela primeira vez por David

Cooper e constituiu-se como um movimento por oposição à psiquiatria. Numa das suas obras, citada por Gameiro (1999, p.60), afirma que o indivíduo não é mais do que uma vítima das suas relações próximas: “a maior parte daqueles de quem vou aqui falar foram precipitados na situação psiquiátrica pelos outros, mais frequentemente pela sua família”.

Nesta década, foram publicadas algumas obras que ficaram na história da psiquiatria como documentos revolucionários de grande impacto, entre eles: “O mito da Doença Mental” de Thomas Szaaz (1960), “Historia da Loucura” de Michael Foucault (1961) e “Asylums” de Erving Goffman. A influência destas e outras obras, salienta Mendonça (2006), atingiu filósofos, psicólogos, sociólogos, antropólogos, pedagogos, juristas e escritores. Neste seguimento foram igualmente publicados romances e realizados filmes sobre os “horrores” dos hospitais psiquiátricos.

A partir de 1961, teve lugar no Hospital Psiquiátrico de Gorizia em Itália, uma experiência de renovação da prática tradicional que conduziu à contestação e negação da mesma ficando conhecida como “Negação Institucional”. Dos vários técnicos envolvidos neste movimento os mais conhecidos foram Franco Basaglia e Giovanni Jervis.

Em 1978 o governo italiano promulga a lei 180 que reformula todo o sistema assistencial psiquiátrico. Com base na nova ideologia contestatária, a doença mental não existe. Existem apenas “diferenças” e “desvios” de comportamento devido a factores políticos e sociais que levam à segregação de indivíduos nos hospitais psiquiátricos evidenciando que a origem desses comportamentos desviantes não reside na genética nem em causas tratadas medicamente. Neste âmbito, a psiquiatria não tem, então, razão de existir, e menos ainda, os hospitais psiquiátricos.

Com o encerramento dos hospitais psiquiátricos as reacções da comunidade foram imediatas e a comunidade reage com violentas críticas contra este sistema que abandona os doentes incapazes de se orientarem autonomamente, nas ruas e nas suas residências, perturbando a vida social. Esta situação obriga a uma intervenção urgente e, jovens enfermeiros e psiquiatras foram formados e preparados para intervirem em ambulatório como “bombeiros” que, como refere Mendonça (2006), atendiam a chamadas urgentes “apagando fogos”.

Parece ainda relevante fazer referência à Terapia Familiar. Surgiu nos finais dos anos cinquenta, nos Estados Unidos da América, e recebeu importantes contributos da Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy (1973) onde foi buscar o seu conceito fundamental – o sistema. Os elementos desse sistema são os indivíduos do agregado familiar e as relações entre os elementos do sistema são as interacções vividas por eles ao longo da vida comum.

A Terapia Familiar é fortemente influenciada pelo modelo psicodinâmico que encara as questões ligadas à doença e ao adoecer mental numa perspectiva sistémica, onde, como evidencia Santos (2001), entram conceitos importantes e diferenciados como o da minimização do valor da causalidade e da maximização de informação de retorno, bem como da universalidade da comunicação/interacção, provocando, desse modo, uma ruptura dos modelos assistenciais ao deslocar o objecto de tratamento do indivíduo para a família (Gameiro, 1999).

Actualmente, como reforça Silva (2008), as directrizes são norteadas por uma assistência baseada na prevenção e reinserção com a finalidade de anular o estigma das doenças mentais, consciencializando para os problemas da saúde mental mediante o estabelecimento de leis protectoras dos direitos das pessoas que sofrem de doenças psiquiátricas.

1.4. CONSTRUÇÕES SOCIAIS CORRENTES: PRECONCEITO, ESTÉREOTIPOS, ESTIGMA

As doenças mentais na Europa estão a aumentar estimando-se que, como é relatado no Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar (2008), quase 50 milhões de cidadãos, o que corresponde a 11% da população europeia, possuam alguma forma de doença mental. Para além do enorme sofrimento para os indivíduos, famílias e comunidades, as doenças mentais, constituem uma das causas mais frequentes de incapacidade, exercendo um impacto muito marcado nos sistemas sanitários, educacionais, económicos, laborais e sociais em toda a União Europeia.

O estigma e a exclusão social das pessoas com doenças mentais surgem como factores de risco e, igualmente, como consequência das referidas doenças podendo criar barreiras quer na procura de ajuda, quer no próprio processo de recuperação.

A estigmatização, a discriminação e o desrespeito dos Direitos do Homem e da dignidade da pessoa doente ou diminuída mental continua a ser uma realidade que se opõe aos valores europeus fundamentais. (Livro Verde sobre a saúde mental, 2005, p.3)

O estigma, que provém do medo do desconhecido e de falsas crenças, leva a uma falta de compreensão do problema. Em consequência deste facto, quando em contacto com novas oportunidades de relacionamentos ou de emprego a pessoa que tem ou teve uma doença

mental esconde-se atrás do seu “disfarce “ no sentido de manter a sua identidade secreta, com medo de ser rejeitado ou desvalorizado (Fernandes e Li, 2006), envolvendo-se com o estatuto de desvantagem psicossocial que as torna, frequentemente, vítimas de violações sistemáticas dos direitos e liberdades fundamentais, tais como o tratamento cruel e desumano ou a sujeição a condições de vida degradantes e indignas. Deste modo, além do sofrimento causado pela doença, têm ainda que enfrentar o estigma e a discriminação social (Relatório sobre a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, 2007).

Todos estes documentos mencionados apontam para a necessidade da realização de estudos que avaliem as crenças, atitudes e representações relativamente aos doentes e doenças mentais dada a reprodução de imagens distorcidas acerca das doenças do foro mental e psiquiátrico que ainda se verificam na actualidade. Os doentes mentais continuam a ser vistos como imprevisíveis, violentos e perigosos sendo diversos estudos que o confirmam, Scull (1981); Pichot (1983); Link & Cullen (1983); Ayesteran & Paez (1986); Skinner *et al.* (1992); Johnson & Orrel (1995); Whaley (1997); Phelan *et al.* (2000); Hirai & Clum (2000); Angermeyer *et al.* (2004); Loureiro (2008).

A definição mais utilizada na psicologia social para o preconceito é explicada por Allport (1954) e refere-se à atitude negativa em relação a uma pessoa baseada na crença de que ela tem as características negativas atribuídas a um grupo. Segundo o autor, essa atitude seria constituída por dois componentes: um cognitivo que se reporta à generalização categorial e um disposicional, a hostilidade, que influenciaria directamente os comportamentos discriminatórios. Com o emergir da perspectiva da cognição social (Fiske & Taylor, 1991), o preconceito passaria a ser explicado através dos vieses psicológicos responsáveis pelos erros no processamento das informações e dos julgamentos sociais. Deste modo, a estereotipagem corresponderia ao viés central na formação do preconceito. Os estereótipos, por sua vez, são características atribuídas às pessoas baseadas no facto de elas fazerem parte de um grupo ou de uma categoria social.

Os preconceitos sociais são atitudes e ideias rígidas com conteúdo racional e emocional negativo e injusto que, como adverte Leite (2009), derivam dos estereótipos.

Devine (1989), por seu lado, sugere que a combinação do estereótipo negativo e das crenças pessoais resulta em atitudes preconceituosas.

Brock *et al* (1990) e Taylor & Coro (1980) citados por Watson & Corrigan (2005) identificam quatro conjuntos de estereótipos que são particularmente problemáticos para as pessoas com doenças mentais, sendo estas consideradas:

- Perigosas devendo ser evitadas pelos outros;

- Responsáveis pelas suas perturbações que resultam de um carácter fraco;
- Incompetentes necessitando de figuras de autoridade para tomar decisões por eles;
- Infantis como tal, beneficiando de figuras parentais para cuidar deles.

As doenças mentais ainda são, pois, percebidas como um sinal de fraqueza. A resposta adaptativa passa pela vergonha e o segredo. Prova disso, são os resultados de um estudo realizado em 156 países em que metade dos cônjuges de doentes sujeitos a um primeiro internamento numa instituição psiquiátrica relataram envidar esforços no sentido de esconder a doença e o internamento dos seus parceiros (Phelan *et al.*, 1999). O sigilo, contudo, actua como um obstáculo para o tratamento das doenças mentais em todas as fases.

Byrne (2000) faz referência aos resultados de uma pesquisa realizada em 1998 em que 70% dos indivíduos acreditavam que as pessoas com esquizofrenia eram violentas e imprevisíveis. No outro extremo, as pessoas com doença mental são frequentemente retratadas como vítimas e personagens patéticas. Também no cinema e na televisão a doença mental é muitas vezes substrato para a comédia (Byrne, 1997). Ou, então, a pessoa com doença mental é retratado como um serial killer, um monstro ou um “coitadinho” ao invés de se apresentar como uma pessoa de pleno direito

As questões sociais podem ser consideradas como grandemente influenciadoras de doenças mentais, Telles *et al.* (2004) referem-se a vários estudos (Goffman, 1998; Kleiman, 1988; Hinshaw & Cicchetti, 2000; Kurihara, 2000; Corrigan & Lundin, 2001; Patel & Kleiman, 2003; Scliar, 2003) em que o estigma se situa entre estas questões sociais.

ESTIGMA PÚBLICO E AUTO-ESTIGMA

O termo estigma foi criado pelos gregos para se referirem “ a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o status moral de quem a apresentava” (Goffman, 1980, p.11).

A teoria da rotulação que, como é evidenciado por Quartilho (2001), ficou ligada aos contributos de Erving Goffman, venceu a importância dos fenómenos de estigmatização, nomeadamente no que se reporta à incapacidade provocada pela doença mental ou orgânica. De acordo com esta teoria a expressão «doente mental» era usada para controlar e segregar as pessoas que lutavam contra o sistema social vigente.

O estigma é definido por Goffman (1980) como um atributo que torna a pessoa diferente dos outros, na medida em que a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas. Na perspectiva deste autor, quando a sociedade deixa de considerar uma pessoa como uma criatura comum e total, ela é reduzida a uma pessoa deteriorada e diminuída e, acrescenta: Tal característica é um estigma, especialmente quando o efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre a identidade social e a identidade social real” (Goffman, 1980, p.12).

Estigmatizar significa, pois, como esclarece Jara (2002), marcar, sinalizar de forma visível, de modo a separar, identificar e segregar. E, acrescenta ainda, que para as pessoas que sofrem ou sofreram de doenças psíquicas, o estigma começa na própria rotulação, com a denotação vaga de «doença mental» que vai conotar a pessoa como menos válida e, mesmo, incapaz, imprevisível, má, incurável perigosa, etc.

O estigma, entendido como uma diferenciação pejorativa que é indesejada, implica uma intolerância grupal (Goffman, 1980). A descoberta de um estigma num indivíduo prejudica não apenas a situação social presente mas, igualmente, as relações previamente estabelecidas bem como a imagem futura constituindo-se, deste modo, como um atributo negativo poderoso em todas as relações sociais.

No seguimento do pensamento de Goffman, a sociedade limita e delimita a capacidade de acção de um estigmatizado, marcando-o como desacreditado.

Estigmatizar significa, pois, situar o indivíduo, partindo de critérios impostos arbitrariamente nas relações sociais do quotidiano, numa situação de isolamento.

O estigma é constituído por três problemas relacionados entre si (Thornicroft et al, 2008):

- O problema do conhecimento: ignorância (literacia)
- O problema das atitudes: preconceito
- O problema do comportamento: discriminação

As pessoas com doença mental antecipam a rejeição e a discriminação impondo-se uma forma de auto-estigma.

Os investigadores distinguem entre o estigma público, em que o público em geral responde para com um grupo baseado no estigma sobre esse grupo, e o auto-estigma que diz respeito à situação em que os indivíduos se revoltam contra si mesmos por serem membros de um grupo estigmatizado.

Watson e Corrigan (2005) identificam três níveis de estruturas psicológicas que compõem o estigma público e o auto-estigma e que se encontram resumidas no quadro 1.

Quadro1

Estruturas psicológicas que compõem o estigma público e o auto-estigma

	Estigma Público	Auto-estigma
Estereótipo	Crença negativa sobre um grupo: Perigosidade Incompetência Fraqueza de carácter	Crença negativa sobre o próprio: Incompetência Fraqueza de carácter
Preconceito	Acordo com a crença e ou reacção emocional negativa. Raiva Medo	Acordo com a crença e ou reacção emocional negativa. Baixa auto-estima Baixa auto-eficácia
Discriminação	Comportamento de resposta ao preconceito Evitamento Recusa de ajuda	Comportamento de resposta ao preconceito Dificuldade nas oportunidades de emprego e habitação

1.5. ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO/SENSIBILIZAÇÃO, CONTACTO (IN VIVO) E PROTESTO/DENUNCIA

Como ficou evidente, a discriminação e a exclusão social surgem como fenómenos inerentes à estigmatização.

A exclusão social é definida pela OMS (2008) como o acto de impedir a pessoa de forma intencional, a fazer parte integrante das actividades normais da sociedade.

No sentido de encontrar uma solução para o problema da discriminação e exclusão social, torna-se necessária uma abordagem em diversos níveis que implica a educação dos profissionais de saúde e o combate ao estigma. De acordo com a OMS (2001, p.100) “o combate ao estigma requer também campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto dos transtornos mentais, a fim de dissipar mitos comuns e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos”.

Nesta linha de orientação, a Campanha Anti-Estigma/Pró Saúde Mental (2007) surge, então, com a finalidade de sensibilizar a população geral para a problemática das doenças mentais e combater os estigmas nela envolvidas

De referir que este Projecto Anti-Estigma/Pró Saúde Mental, promovido pela ENCONTRAR-SE¹ teve a intenção de alcançar o maior número possível de pessoas, daí o recurso à música, rádio, televisão e imprensa de molde a sensibilizar a população em geral para esta temática, desmistificando estereótipos associados à doença mental através de iniciativas planeadas para grupos específicos.

Também o “Livro Verde” da Comissão das Comunidades Europeias, cujo objectivo consiste em melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia, propõe-se a definir uma estratégia comunitária no domínio da saúde mental.

No âmbito da Conferência Ministerial Europeia da OMS de Janeiro de 2005 sobre Saúde Mental todos defenderam que uma das primeiras prioridades consistia em proporcionar a todas as pessoas com doenças mentais cuidados e tratamentos eficazes e de grande qualidade. Desta forma, em conformidade com a estratégia da OMS, torna-se necessária uma abordagem holística que abranja não só a prestação de tratamento e cuidados às pessoas mas também acções dirigidas à população em geral, a fim de promover a saúde mental, prevenir a doença mental e dar respostas aos problemas relacionados com a estigmatização e o respeito pelos direitos das pessoas doentes.

De acordo com o relatório de 2004, mencionado no referido Livro Verde, “O estado da saúde mental na União Europeia”, o estatuto da saúde mental não é uniforme nos Estados-Membros, reflectindo a diversidade entre os países e respectivas situações, tradições e culturas. Atendendo a esta diversidade torna-se evidente a impossibilidade de propor conclusões simples ou soluções idênticas. Contudo, não são de ignorar as possibilidades de intercâmbio e cooperação entre os Estados-Membros através da aprendizagem das experiências mútuas.

¹ Associação de Apoio a Pessoas com Doença Mental Grave

Com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (2008) considerou-se o nível de saúde mental e bem-estar da população como componente chave para o sucesso da União Europeia como sistema económico e social baseado no conhecimento. Neste enquadramento, o Pacto fomenta a recolha sistemática de dados na população e o incentivo à investigação epidemiológica sobre as causas, determinantes, implicações da saúde e da doença mental, intervenções e boas práticas, tanto dentro como fora dos sector sanitário e social. Alerta, ainda, entre outros aspectos, para a necessidade de desenvolver serviços de saúde mental que estejam bem integrados na sociedade, que considerem a pessoa como prioridade e trabalhem de forma a evitar o estigma e a exclusão facilitando a monitorização das tendências e actividades dos Estados-Membros e dos diferentes parceiros sociais e outros intervenientes e, de igual modo, ajudar na divulgação das recomendações sobre as acções mais eficazes na resposta aos temas prioritários.

Neste momento importante de reestruturação dos serviços de saúde mental, marcado pela desinstitucionalização, a família assume um papel importante no tipo de cuidados a prestar aos doentes com patologia mental e socialmente incapacitante. A OMS (2001) aponta para uma perspectiva comunitária que permita a prestação de bons cuidados de saúde e a emancipação dos doentes através de serviços em contextos locais.

Nos últimos anos foram surgindo alternativas institucionais aos hospitais psiquiátricos que passam pelos hospitais de dia, a integração de serviços de psiquiatria nos hospitais gerais e outras estruturas comunitárias de suporte permitindo a redução do número de doentes internados, como salienta Alves (2008), tornando-se mais humanizado o controlo do fenómeno da doença mental.

Perante a mudança de rumo dos serviços de saúde mental para a comunidade são de considerar as questões relacionadas com as qualificações e formação dos profissionais de saúde. Um estudo em grande escala realizado por Randolph *et al* (1991), nos Estados Unidos, evidencia que a maioria dos profissionais da comunidade não tinha formação na área da saúde mental.

Sobre este assunto diz-nos Milheiro (1987, p.27):

Vários pontos fundamentais têm de ser ponderados quando se tenta passar duma psiquiatria de tipo hospitalar para outra do tipo comunitário. Além da necessidade de criar novas estruturas e novas formas de funcionar, há, paralelamente, modificações profundas a estabelecer nas já existentes e na atitude interna dos técnicos perante a patologia psiquiátrica.

De facto, a psiquiatria comunitária que foi evoluindo de forma progressiva até à sua plena instalação exigiu que se equacionassem conceitos de doença que historicamente foram muito importantes mas que foram sendo ultrapassados. A OMS advoga que o essencial para a melhoria dos Serviços de Psiquiatria e de Saúde Mental passa por um modelo de articulação e integração funcional de Cuidados Primários e Psiquiátricos.

Teixeira e Cabral (2008) salientam que, na actualidade, a grande maioria dos doentes com patologia psiquiátrica é atendida nos Cuidados Primários e que apenas uma parte dos doentes, normalmente os mais graves, é assistida nos Serviços de Psiquiatria, contudo, torna-se difícil para os doentes mentais livrar-se de rótulos estigmatizantes uma vez que o comportamento estigmatizante ocorreu e que originou mudanças profundas na identidade.

Não há dúvida que a redução do estigma é um processo complexo e difícil. Dois terços das pessoas que necessitam de tratamento para uma doença mental não procuram ajuda quer devido à falta de compreensão dos sintomas quer por causa do estigma associado à doença e aos seus tratamentos (Rena, 2003).

O estigma leva à baixa auto-estima, isolamento e desesperança e, conseqüentemente, agrava o ajustamento social. As características do tratamento também afectam as atitudes sendo que a hospitalização se apresenta como mais estigmatizante do que o tratamento em ambulatório.

A evidência científica indica que a discriminação afecta fortemente a vida de muitas pessoas com doença mental sendo necessárias acções específicas no sentido de corrigir a exclusão social recorrendo a medidas legais de apoio (Thornicroft *et al.*, 2008).

Rena (2003) refere-se às pesquisas que analisam as atitudes e crenças do público acerca dos doentes mentais e que revelam opiniões negativas sobre a previsibilidade e a perigosidade bem como uma visão negativa relativamente à capacidade de tomada de decisão. Os mitos sobre a relação entre a violência e a doença mental contribuem para os medos exagerados de perigosidade, relutância em procurar ajuda, exclusão à habitação, emprego e apoio social. É ainda de referenciar que o estereótipo perigosidade resistiu e aumentou entre 1950 e 1996 (*idem*).

Os psicólogos sociais têm identificado várias estruturas cognitivas e comportamentais que compõem o estigma. A compreensão destas estruturas tem-se revelado importante para a elaboração de estratégias que visam reduzir o estigma e melhorar o acesso aos cuidados (Watson & Corrigan, 2005).

Também Corrigan (2004) salienta que a subutilização dos serviços de saúde mental e a cessação antecipada dos tratamentos são, em grande parte, atribuídos ao estigma.

As estratégias para diminuir o impacto do estigma têm sido agrupadas, como mencionam Watson e Corrigan (2005), mediante a sua relevância quer para o estigma público quer para o auto-estigma. Neste contexto, serão abordadas as estratégias que se podem evidenciar importantes no sentido de modificar os estereótipos e preconceitos e que levem à adopção de crenças de saúde que visem a adesão permanente aos cuidados de saúde/serviços psiquiátricos.

Relativamente ao estigma público, as dificuldades de adesão ao tratamento estão directamente associadas com a percepção dos custos relacionados com o estigma. Os doentes não querem ser rotulados como incompetentes, com carácter moral fraco ou potencialmente perigosos. Assim, a mudança de atitude do público em geral sobre a doença mental irá reduzir os custos da percepção da doença mental e melhorar a adesão ao tratamento.

As diferentes abordagens para mudar o estigma público, tal como referem Corrigan e Penn (1999), foram agrupadas em três processos de mudança: protesto/denúncia, educação/sensibilização e contacto.

As estratégias de protesto/denúncia surgem contra a injustiça dos estigmas específicos conduzindo ao apelo moral de modo a mudar a forma de pensar do público, que se refere com vergonha e ideias desrespeitosas em relação às pessoas com doenças mentais. Muitas organizações de defesa cívica recorrem a esta estratégia com acções de grande impacto junto dos meios de comunicação social. As evidências sugerem que estas abordagens podem ser bem sucedidas para remover imagens estigmatizantes através da publicidade, televisão e cinema (Wall, 1995 citado por Watson & Corrigan, 2005). Contudo, se por um lado o protesto/denúncia pode ser eficaz, por outro, pode reforçar o estigma público pelo que deve ser usado criteriosamente. É, de facto, um dado aceite que os “media” podem contribuir muito para irradiar o estigma, promovendo a educação do grande público acerca destas doenças, mas também podem ser prejudiciais ao divulgar conceitos errados e negativos, reforçando-o fortemente. Os debates televisivos e alguns programas sensacionalistas mostram, frequentemente, uma versão unilateral e negativa dos possíveis efeitos secundários causados por algumas formas de tratamento, não revelando os tratamentos bem sucedidos, que permitem que milhões de pessoas com doenças mentais retomem as suas vidas normais.

Corrigan e Penn (1999) advertem para os resultados da investigação sobre estratégias de educação de adultos que têm contribuído para melhorar significativamente as atitudes perante as pessoas com doenças mentais. O objectivo principal destas sessões é fornecer

informações simples e capazes de desmontar os mitos acerca das doenças mentais mediante uma atitude de carácter pedagógico.

Sobre este assunto Huxley (1993) reforça que um aspecto importante é ouvir as preocupações das pessoas cujas atitudes se pretendem alterar e fornecer as informações específicas para as necessidades de cada grupo alvo. Também se referem ao papel importante dos “media” através da divulgação de mensagens de saúde mental positivas na promoção da inclusão social e redução da discriminação mediante a transmissão de informações específicas e iniciativas anti-estigma. Adverte, ainda, que eliminar a lacuna do conhecimento é apenas uma parte da resposta pois a educação, por si só, não pode eliminar séculos de preconceito.

Numa pesquisa recente, Corrigan *et al.* (2001) mencionam que existe uma forte correlação entre os sentimentos de medo revelados e o nível de distância social do público em relação à doença mental devido à raridade dos contactos. Consequentemente, defendem que a abordagem perante esta realidade implica a intensificação da familiaridade do público com as pessoas com experiência de doença mental como forma de combater o estigma e a discriminação.

Corrigan e Penn (1999) destacam, de igual modo, que o contacto com pessoas com doenças mentais produz melhorias significativas nas atitudes perante as pessoas com doenças mentais baseando-se nos dados de pesquisas que revelam que os membros do público em geral que estão mais familiarizados com estes doentes são menos propensos a apoiar atitudes preconceituosas. De facto, vários são os estudos que têm demonstrado uma relação inversa entre o contacto com a doença mental e o estigma (Link & Cullen, 1986; Penn *et al.*, 1999; Holmes *et al.*, 1999; Penn *et al.*, 2004).

Huxley (1993) relembra que o estigma da doença mental já existia muito antes da psiquiatria e, que em muitos casos, a Psiquiatria não ajudou a reduzir os estereótipos e as práticas discriminatórias. Identifica, igualmente, o contacto directo com as pessoas com doença mental como factor chave para reduzir as crenças irracionais.

Alguns estudos revelam a existência de uma forte redução do preconceito e a promoção de atitudes positivas em relação às pessoas com doença mental mas, principalmente, quando o contacto envolvia uma relação face-a-face (*in vivo*) e em contextos de trabalho ou institucionais (Corrigan *et al.*, 2001; Read & Harre, 2001; Pinfold, 2003).

Tendo por base esta informação, baseada nos resultados de estudos de investigação recentes, torna-se determinante a implementação de um conjunto de processos colectivos de *empowerment* com vista à diminuição do estigma e da discriminação. Esta abordagem “(...) procura o fortalecimento das pessoas através de organizações de inter-ajuda, nas

quais o papel dos profissionais é colaborar com as pessoas em vez de as controlar “ (Rappaport, 1990, p.144). Ou seja, favorece a efectiva participação dos cidadãos na vida social, económica, política e cultural e uma distribuição mais equitativa dos recursos.

O *empowerment* comunitário remete-nos para a dimensão sociopolítica e diz respeito à capacidade de uma comunidade responder aos problemas colectivos (Rich *et al.*, 1995).

Também as estratégias que possam promover a capacitação pessoal se revelam importantes na redução do auto-estigma, na medida em que as pessoas ao sentirem-se mais habilitadas aumentam a sua auto-estima, tornando-se mais optimistas sobre o seu futuro. Neste seguimento, Link *et al.* (1991) referem efeitos positivos do ensino de técnicas de coping na redução do auto-estigma. Argumentam, ainda, que o estigma é fortemente reforçado pela cultura.

Thornicroft *et al* (2008) sugerem algumas acções de apoio às pessoas com doença mental e que incluem:

- Terapia cognitivo-comportamental de forma a reverter o auto-estigma;
- Desenvolvimento de apoio pelos pares nos papéis profissionais;
- Encorajamento dos empregadores tendo em conta a legislação existente;
- Melhoria na supervisão do trabalho proporcionando momentos para feedback e orientação para o desempenho;
- Flexibilidade no horário de modo a compatibilizar a participação nos compromissos de saúde e de trabalho;
- Descrição clara dos cargos e atribuição de tarefas para reduzir ambiguidades e inseguranças;
- Importância da formação profissional e acreditação das organizações.

Actualmente, os governos de todo o mundo reconhecem a necessidade de atender às questões de saúde mental, particularmente a importância da detecção precoce bem como o impacto dos problemas de saúde mental no trabalho e na produtividade. Deste modo, compete aos organismos comunitários agir de molde a promover a inclusão das pessoas com doença mental o que obriga a uma série de mudanças que abrange sectores governamentais e não-governamentais onde se incluem intervenções para as populações locais com campanhas de sensibilização direccionada para grupos específicos.

Neste enquadramento, novas abordagens para divulgar informações das pesquisas contra o estigma precisam de ser desenvolvidas e avaliadas.

Os efeitos das três estratégias para mudar as atitudes estigmatizantes – educação/sensibilização (que substitui os mitos sobre a doença mental com conceitos

precisos), o contacto (que desafia as atitudes do público perante as pessoas com doenças mentais através da interacção directa com as pessoas que sofrem dessa doença) e o protesto/denúncia (que visa suprimir as atitudes estigmatizantes sobre a doença mental) – foram examinados num estudo realizado por Corrigan *et al.* (2001), com uma amostra de 152 estudantes de um colégio de Chicago, aleatoriamente designados para uma das três estratégias ou de um grupo de controlo. Os resultados mostraram que a educação melhorou as atribuições ao nível dos grupos específicos: psicose, depressão, dependência de cocaína e debilidade mental. O contacto produziu mudanças positivas que excederam os efeitos da educação nas atribuições específicas: depressão e psicose. O protesto/denúncia não resultou em mudanças significativas nas atribuições em nenhum dos grupos.

Read e Harre (2001) também reforçam que os programas anti-estigma devem abandonar as estratégias assentes em explicações com base na doença porque, apesar de aumentarem o nível de informação disponível junto da população, não revelam ter qualquer impacto na redução do medo. Pelo contrário, devem focalizar-se no aumento do contacto, porque o “factor contacto directo com as pessoas com doença mental” revelou estar relacionado com atitudes mais positivas por parte da população. Isto é, as experiências de comparação realizadas concluíram que a estratégia de contacto directo apresentava melhores resultados na mudança de atitudes do público.

Num outro estudo levado a cabo por Pinfold (2003) com uma população de 472 estudantes do ensino secundário verificou-se que os indivíduos que tiveram contacto com pessoas com doença mental apresentaram atitudes mais favoráveis.

A *Community Psychiatric Nurses Association* em Setembro de 2007 divulgou os resultados de um inquérito do Departamento de Saúde que indicam que, de um modo geral, a atitude pública perante as pessoas com problemas mentais mantém-se largamente compreensiva notando-se, no entanto, que os preconceitos e o medo em relação a estes problemas aumentaram ligeiramente. Os resultados mostram que o público Inglês, em geral, mantém-se relativamente compreensivo no que diz respeito às doenças mentais.

Contudo, comparando com os resultados do mesmo inquérito realizado em 1994, algumas destas atitudes mostram-se ligeiramente menos compreensivas. Por exemplo, em relação à tolerância perante estas doenças decresceu 8% e menos 5% das pessoas consideram que os doentes mentais são merecedores de simpatia.

A percepção dos perigos inerentes às doenças mentais agravou-se. Neste inquérito 34% descrevem os doentes mentais como propensos à violência, que se traduz num aumento de 5% em relação a 2003.

Uma tendência positiva que se sentiu foi uma maior abertura em relação às doenças mentais, deste modo, 47% das pessoas referiu que conheciam alguém com uma doença mental, o que representa um aumento de 8%.

O programa global contra o estigma e a discriminação perante a esquizofrenia tem sido implementado com sucesso em mais de 20 países em todo o mundo. Mais ainda, iniciativas locais têm com sucesso eliminado ou reduzido o estigma das doenças mentais. Um estudo recente sobre doenças mentais realizado pela União Europeia reconhece na luta contra este estigma uma área importante de trabalho nos países europeus esclarecendo a necessidade de combater este estigma e promover medidas apropriadas nas políticas nacionais sobre doenças mentais (Santorius, 2007).

O estigma associado às doenças mentais apresenta-se como o maior obstáculo na prestação de serviços de saúde às pessoas com estas perturbações. Este estigma não se limita à doença marcando as pessoas que estão doentes, as suas famílias durante várias gerações, as próprias instituições que prestam os cuidados de saúde.

2. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

2.1. O ENSINO DE ENFERMAGEM

A enfermagem, tal como consta do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos social em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Durante séculos os enfermeiros dedicaram-se a cuidar de pessoas e, à sua actuação, foram atribuídos vários significados. As mulheres aparecem-nos como pioneiras na profissão.

Uma das personagens mais carismáticas da história da enfermagem é Florence Nightingale, impulsionadora de um movimento que se desenvolveu em Inglaterra, desde 1860, e que se alargou aos Estados Unidos e Canadá fomentando a criação de Escolas de Enfermeiras.

Segundo Mota Cabral citado por Silva (2008), a enfermagem teve início em 1850 sob o impulso de Miss Nightingale que trabalhou afincadamente para aprender a arte e ciência de enfermagem. A sua importante acção junto dos soldados britânicos na guerra da Crimeia tornou-a respeitada como enfermeira e gestora. Foi, ainda, uma defensora da melhoria dos cuidados e condições nos hospitais militares e civis da Grã-Bretanha.

Florence Nightingale traçou um modelo de formação de enfermeiras que exercia influência em vários países e, em 1860, fundou a *Nightingale School*, no Hospital de S.Thomás, em Londres, que se destinava ao treino, apoio e protecção das enfermeiras e empregadas dos hospitais. Tinha como principal objectivo a formação de discípulas que, por sua vez, iriam actuar noutras instituições, ficando preparadas para trabalhar, superintender e treinar em todas as áreas da enfermagem médica e cirúrgica. A escola foi criada numa época em que era notório o crescimento da enfermagem religiosa.

Silva *et al.* (2007) fazem referência à publicação do seu trabalho «Notes of Nursing» como sendo o mais importante e, que constitui um tratado sobre a organização e manipulação do ambiente das pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem.

Florence enfatizava ainda que a colheita sistemática de dados aliados a uma observação persistente eram fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados a prestar. Deste modo, os seus trabalhos foram considerados pioneiros na Investigação em Enfermagem.

A história da enfermagem e, de modo particular das escolas de enfermagem, constitui um tema muito pouco abordado em Portugal. Até aos finais do século XIX, a assistência aos doentes era prestada, quase exclusivamente, por pessoal religioso. Só em 1881 foi criada a primeira Escola de Enfermagem nos Hospitais da Universidade de Coimbra e, em 1886 e 1887, respectivamente, as escolas de Lisboa e do Porto. Surgem para responder à necessidade sentida de formar pessoal de enfermagem minimamente qualificado, sobretudo, nos hospitais onde se ministra o ensino oficial da medicina.

Graça e Henriques (2000) advertem que no século XIX era relativamente frequente o recurso aos serviços de enfermeiros por parte das famílias nobres e burguesas mais ricas.

Em 1834, com a expulsão das ordens religiosas torna-se visível a especificidade de uma enfermagem hospitalar para os pobres e uma enfermagem privada para os ricos.

A falta de formação do pessoal de enfermagem era notória não sendo exigida qualquer formação teórica nem uma aprendizagem sistematizada.

Com a 1ª guerra mundial surge a enfermeira associada à imagem da «dama de branco», numa alusão ao seu uniforme associado ao símbolo da pureza e da devoção laica. Contudo, era evidente o reconhecimento público pelo esforço das enfermeiras.

A Cruzada das Mulheres Portuguesas nasce como uma associação de assistência fundada em 1916, aquando da entrada de Portugal na referida guerra.

Após a 1ª Guerra Mundial, à semelhança do que aconteceu noutros países, o carácter profissional das enfermeiras portuguesas parece ter-se reforçado e diversificado com o surgimento de novas funções, nomeadamente a de enfermeira visitadora.

Yvonne Knibiehler, citada por Silva (2008) considera positiva a participação das enfermeiras na prestação de cuidados às vítimas da referida Guerra, na medida em que lhes trouxe autonomia e capacidade de decisão, levando ao seu reconhecimento público. No entanto, a imagem da enfermeira como alguém devotado, humilde e obediente ao médico, permaneceu ao longo da década de 1920, consolidando-se a ideia da enfermagem como uma profissão feminina. Os homens constituíam 10 a 12% do pessoal de enfermagem e estavam limitados aos serviços que implicavam maior força física como eram exemplos os serviços de psiquiatria, urgências ou reanimação.

A mesma autora refere-se, ainda à opinião de Júlio Cardoso que considerava que a enfermeira, ao actuar como colaboradora do médico, não se deveria limitar à «distribuição

automática dos remédios» ou a permanecer como «espectadora passiva do sofrimento dos doentes», mas «deveria pôr todo o seu coração e toda a sua alma na tarefa».

Com a criação das primeiras escolas de enfermeiros pretendia-se dar resposta ao novo contexto científico e médico que implicava a formação de enfermeiros. Neste sentido, eram atendidos os princípios da fundadora da enfermagem científica, Florence Nightingale, compreendendo a importância de perceber que os doentes não se tratam com «boas intenções, milagres de caridade, devoções do coração, carinhos e pieguices», mas com «ciência» (Silva, 2008).

De acordo com os médicos da época, o enfermeiro, devidamente instruído, poderia desempenhar a função de «auxiliar do médico». Na prática, nem sempre as coisas decorriam desta forma. Reinaldo Santos, referenciado por Silva (2008), adverte que alguns médicos se aproveitavam do trabalho dos enfermeiros, deixando que estes os substituíssem, outros, pelo contrário, sentiam-se ameaçados pela eventual concorrência, sobretudo no caso dos cuidados prestados no domicílio.

A partir do século XX a enfermagem ao domicílio era já encarada em termos públicos sendo vista como uma forma de evitar a hospitalização dos doentes.

De acordo com Ferreira (1986), os primeiros cursos de «enfermagem científica» surgem nos Hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto.

O início da reforma do ensino e da prática de enfermagem surge no auge do Estado Novo com a publicação do D.L. nº 32617, de 31 de Dezembro de 1942, o qual, numa medida sectária, inspirada no modelo italiano, vem impor a proibição do casamento às enfermeiras e, só vinte anos mais tarde, o D.L. nº 44923, de 18 de Março de 1963, vem permitir o casamento das enfermeiras hospitalares (Ferreira, 1990).

A regulamentação dos cursos de especialidade em enfermagem surge com o Decreto nº 32612, de 31 de Dezembro de 1942. Os D.L. nº 38846 e nº 38885, de 28 de Agosto de 1952, vieram regulamentar o ensino da enfermagem nas escolas oficiais passando a existir três cursos distintos (Nogueira, 1990):

Curso Geral (habilitações mínimas: 1º ciclo liceal; duração de 3 anos);

Curso de auxiliares (habilitações mínimas: instrução primária; duração de 1 ano, mais seis meses de estágio);

Curso complementar (habilitações mínimas: 2º ciclo liceal, além do Curso de Enfermagem Geral e prática profissional; duração de 1 ano).

É nesta década que se começa a festejar o Dia da Enfermagem Portuguesa, a 8 de Março, aniversário da morte de S. João de Deus, patrono da Enfermagem.

Ao longo dos anos 60/70 do século XX assistiu-se a uma reconceptualização profunda na noção de saúde que teve origem na OMS e cujas repercussões se tornaram notórias ao nível dos discursos no seio da enfermagem. Deste modo, os enfermeiros consideram que os seus cuidados têm a finalidade de cuidar de pessoas. Como adverte D'Espiney (2008), os enfermeiros possuem uma visão global dos problemas, numa abordagem holística do indivíduo.

A proibição do casamento das enfermeiras termina como já foi mencionado, e, com o Decreto-lei. 46/448, de 20 de Julho de 1965, dá-se início a uma nova reestruturação do ensino de Enfermagem já que o referido diploma defendia, entre vários aspectos, que o ensino de Enfermagem deveria da responsabilidade dos enfermeiros. Assim, o ensino e o exercício de enfermagem em Portugal passam a ter em conta as correntes internacionais, nomeadamente, as orientações da OMS e do Conselho Internacional de Enfermeiros.

Só com a publicação da portaria nº 34/70, de 17 de Janeiro, as direcções das escolas de enfermagem passam a ser entregues aos enfermeiros com funções de ensino, ficando consagrada a sua “plena autonomia técnica e administrativa (Nogueira, 1990, p.143). Contudo, como refere o mesmo autor, foram poucas as escolas que conseguiram aplicar o regulamento de 1970 que previa igualmente a participação dos alunos e da comunidade na organização e funcionamento dos estabelecimentos.

Com a Revolução do 25 de Abril de 1974 e as transformações ocorridas na população portuguesa também a estrutura e os conteúdos curriculares do curso de enfermagem sofrem profundas alterações regulamentadas pelo diploma de 9 de Agosto de 1976, resultante de um grupo de trabalho constituído pelos representantes das escolas e dos recém-criados sindicatos de enfermagem e, ainda, pela Associação Portuguesa de Enfermagem (Nogueira, 1990).

Nesta década que, como recordam Rosado *et al.* (2007), Portugal experimentava o início da democracia e o processo de descolonização, as exigências de gestão do Sistema Nacional de Saúde constituíram um desafio imenso. Assim, em 1979 surgiu o Serviço Nacional de Saúde (SNS), entidade através do qual o Estado Português assume a responsabilidade de zelar pela protecção da saúde individual e colectiva, ficando consagrado o direito à saúde como um bem universal e gratuito.

A componente formativa dos futuros e actuais profissionais de enfermagem está presente, como é referido pela Ordem dos Enfermeiros (2008), numa parte significativa das unidades do SNS. Assistiu-se, igualmente, a uma valorização financeira e social dos profissionais de enfermagem.

Só a partir de 1979, como salientam Graça e Henriques (2000), é que passou a ser exigida, como habilitação mínima para a admissão ao curso de enfermagem, o 3º ciclo ou curso complementar dos liceus o que corresponde a 11 anos de escolaridade.

Na década de 1980 a questão da qualidade dos serviços prestados começa a emergir nos discursos da gestão hospitalar, pelo que os enfermeiros a inserem de imediato na sua lista de prioridades. Neste sentido, a preocupação com a humanização dos serviços hospitalares ganha um forte impulso, tendo-se verificado que, a partir de 1990, a maioria das direcções dos serviços de enfermagem apresenta como prioridade estratégica o acolhimento do utente evidenciando uma dimensão relacional e mais autónoma da profissão de enfermagem.

Os anos 80, tornaram-se, de facto, como menciona Marques (2005), o cenário de uma serie de acontecimentos que conduziram à reforma do ensino em geral e, conseqüentemente, à do ensino de enfermagem. Assim, em Portugal foram redefinidas as directrizes do ensino de enfermagem, integrando-o no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico (Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro).

Com a publicação da Lei n.º 46, de 14 de Outubro de 1986, no seu artigo 11º, a formação passa a assentar numa nova concepção de estudante, enquanto sujeito e actor (Marques, 2005). Com esta inovação, subjacente ao currículo do Curso Superior de Enfermagem, cabia agora a cada escola, a cada grupo de professores, adaptar o currículo à nova filosofia da formação em enfermagem.

No global, nesta década, foram iniciadas mudanças relevantes que constituíram importantes bases para as alterações da década seguinte (Quintas *et al.*, 2007).

Em 1990, com a integração das Escolas Superiores de Enfermagem na rede do Sistema Educativo Nacional e do Ensino Superior Público, os enfermeiros docentes são integrados na carreira dos professores do Ensino Superior, passando para a tutela do Ministério da Educação.

Em 1994, são criados os Cursos de Estudos Superiores Especializados na área de Enfermagem na Comunidade, saúde Materna e Obstetrícia, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Mental e Psiquiatria, Médico-cirúrgica, Reabilitação e Administração dos Serviços de Enfermagem, regulamentados, como referem Russiano *et al.* (2007), pela Portaria 239/94 de 16 de Abril, art. 2º.

Em 1996 é publicado o “Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros” (REPE) (Decreto-lei n.º 161/96 de 6 de Setembro) que vem regulamentar o exercício da profissão, clarificar conceitos, intervenções e funções autónomas e interdependentes, assim como os direitos e deveres dos enfermeiros.

Em 1998, resultante das preocupações comuns sentidas no ensino europeu relacionadas com a competitividade, mobilidade e empregabilidade dos diplomados europeus, surge a Declaração de Bolonha.

Ainda durante o ano de 1998 é criada a Ordem dos Enfermeiros e aprovado o seu estatuto no Decreto-lei nº 104/98, de 21 de Abril. Entre as suas atribuições Russiano *et al* (2007) destacam: promover a qualidade dos cuidados de enfermagem, regulamentar e controlar a profissão de enfermagem e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional

A atribuição do grau académico de licenciatura em Enfermagem concretizou-se em 1999, após a aprovação na Assembleia da República da lei nº 115/97, de 19 de Setembro, em que são alterados alguns aspectos da Lei de Bases do Sistema Educativo.

Com a aprovação desta lei, o enfermeiro ganha um novo estatuto socioprofissional e sobre ele recaem outras expectativas. Adquirido o título de licenciado, o enfermeiro pretende provar a sua competência através de uma responsabilização crescente e uma maior autonomia ao nível da tomada de decisão. A sua prioridade é colocada na promoção da saúde em articulação com contextos sociais e ambientais, o que se contrapõe à tradicional visão simplista e redutora de curar as doenças.

Em 2001 são definidos os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados descritivos, do qual se destacam os conceitos do metaparadigma: enfermagem, saúde, pessoas e ambiente, assim como os *standards* de qualidade dos cuidados (Saraiva *et al.*, 2007).

Nesta década surge a necessidade de recorrer a uma linguagem classificada internacionalmente. Assim, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) foi criada pelo Conselho Internacional dos enfermeiros para permitir uma linguagem científica e unificada, comum à enfermagem mundial. A CIPE, como advertem Saraiva *et al.* (2007), tem como objectivo prioritário contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem de molde a:

- Estabelecer uma linguagem comum;
- Descrever os cuidados de enfermagem;
- Permitir a comparação de dados em enfermagem;
- Incentivar à investigação;
- Projectar tendências nas necessidades dos doentes.

Com a portaria nº 268/2002 de 13 de Março fica regulamentado o funcionamento dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (CPLEE) que no nº 2 do

artigo 7 prevê a tomada de decisão por parte da Ordem dos Enfermeiros (OE) no que respeita à adequação dos planos de estudos que permitam aos candidatos o desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Actualmente, os enfermeiros enfrentam um desafio que passa pela construção de percursos de desenvolvimento profissional que permitam a atribuição de títulos de enfermeiro e de enfermeiro especialista, acompanhados das respectivas competências reconhecidas.

O título de enfermeiro, como esclarece a Ordem dos Enfermeiros (2008), confere competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem gerais a indivíduos, família e comunidade, aos três níveis de prevenção e é atribuído aos profissionais que tenham a habilitação reconhecida para tal. Por sua vez, o título de enfermeiro especialista, reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, também cuidados especializados numa dada área clínica (Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem Comunitária, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Médico-cirúrgica) e é atribuído aos profissionais que já têm o título de enfermeiro e que concluíram o curso de especialização (pós-graduação).

Por tudo isto tornou-se notório que a enfermagem foi desenvolvendo um conjunto de estratégias que visaram a sua consolidação como profissão, numa perspectiva dominante de construir uma identidade que se diversificou, como menciona D'Espiney (2008), em função dos contextos e das transformações que ocorrem ao nível da estrutura dos Serviços de Saúde e das Políticas de Saúde.

As escolas de enfermagem que nasceram à sombra tutelar dos hospitais foram ganhando autonomia técnica e administrativa. Actualmente, encontram-se integradas no Ensino Superior Politécnico.

No entender de Moura (2005), para que o enfermeiro desenvolva as suas actividades profissionais com competência é necessária uma formação adequada que o capacite a exercer funções complexas nos sistemas de saúde, mas, torna-se igualmente importante que dê continuidade à sua formação através de actualizações constantes.

Machás *et al.* (2007) referem-se à alteração do cenário dos cuidados afirmando que será na comunidade e nas casas das pessoas que o enfermeiro do século XXI continuará a sua actividade, integrado em equipas multidisciplinares, em que o utente será parte integrante.

A enfermagem é, hoje, uma profissão autónoma. Esta autonomia configura-se no facto de ser o enfermeiro a iniciar e a prescrever as suas intervenções. Assim, de acordo com o REPE, são autónomas “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva

iniciativa e responsabilidade, conforme as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

De facto, a autonomia profissional tem sido, ao longo dos tempos e da evolução da enfermagem, um aspecto importante para a compreensão da profissão, tanto na definição dos seus desafios e objectivos, como na forma como os enfermeiros se integram nas equipas de saúde e na sociedade em geral (Gomes e Oliveira, 2005). Neste sentido, o conceito de autonomia constitui-se a partir da delimitação consistente do que é próprio da enfermagem, isto é, o que a caracteriza como profissão e a distingue das demais, ao mesmo tempo que desenha ou redesenha saberes e fazeres instrumentais.

Como salienta Nunes (2007), é importante que os enfermeiros desenvolvam uma forma reflexiva de pensar, de integrar e perceber os contextos, abandonando os discursos dos binómios dos «teóricos» e dos «práticos», dos da «escola» e dos do «exercício», dos «chefes» e dos «prestadores», que representa um discurso disjuntivo e que leva à separação.

Concordamos com a autora citada quando diz que está na altura de saber o que queremos e valorizarmos o que somos.

2.2. APRENDER A SER ENFERMEIRO

Ficou evidente que a enfermagem se foi afirmando ao longo do século XX por referência à instituição hospitalar, onde a sua história, como reforça D'Espiney (2008) se enraíza profundamente. Neste contexto, a imagem das enfermeiras nos hospitais, como auxiliares do médico e como guardiã da instituição tornou-se, durante anos, estruturante da identidade social deste grupo.

Sendo a construção da identidade um processo de carácter eminentemente relacional, importa considerar, como evidencia Serra (2008), como os fenómenos estruturais de ordem macrosociológica afectam as atitudes e os comportamentos dos estudantes e o papel que é atribuído a estes mesmos estudantes de enfermagem.

Os processos históricos associados à evolução da profissão de Enfermagem e do seu ensino revelam-nos que no início do século XX as escolas não dispunham de regulamentação própria sendo consideradas parte integrante dos hospitais e, conseqüentemente, sem

qualquer autonomia, pelo que os estudantes de enfermagem se poderiam converter em empregados do hospital sem que, contudo, tivessem direito a remuneração.

O ensino teórico que inicialmente era da responsabilidade dos médicos, posteriormente, passou a ser também operacionalizado por enfermeiros. Em relação ao ensino prático, a aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas sem qualquer orientação e relação com os conhecimentos teóricos. É, na segunda metade do século XX que, como relembra D'Espiney (2008), o ensino prático começa a ser valorizado como espaço de aprendizagem, para o qual eram disponibilizados recursos humanos qualificados e recursos físicos e materiais adequados e, a partir da década de 70, a filosofia educativa já percepciona o estudante de enfermagem como um ser em construção, de quem se espera uma atitude crítica e construtiva face à realidade, abandonando o papel de mero executor de tarefas determinadas externamente.

A integração da Enfermagem no Ensino Superior foi entendida como uma forma de reconhecimento científico, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e abriu as portas para a investigação e a produção de conhecimento específico. De facto, o aumento das qualificações académicas e profissionais dos enfermeiros e dos processos de conhecimento sobre a Enfermagem contribuiu para o maior reconhecimento social da profissão.

Actualmente, a formação inicial em enfermagem desenvolve-se, como menciona Serra (2008), no contexto teórico/teórico-prático e de prática laboratorial na escola e, em ensino clínico nos contextos de prestação de cuidados.

O mesmo autor adverte que o contexto teórico, mais académico, possibilita as aprendizagens que se podem fazer exteriormente à situação do exercício profissional. Por seu lado, os ensinamentos clínicos, realizados em serviços hospitalares ou Centros de Saúde, apresentam-se como os locais privilegiados de contacto com a prática profissional que ocorre de forma acompanhada.

Concordamos com Antunes (2004) quando afirma que o percurso académico e integrado nas experiências de ensino clínico parecem constituir um dos eixos mais estruturantes da identidade profissional, na medida em que se apropriam das normas, valores e funções que regem o funcionamento da vida do grupo profissional e das relações com a sociedade em geral. Para esta autora é, ao longo do ensino clínico, que a socialização profissional assume duas funções essenciais: favorecer a adaptação de cada estudante à vida profissional e contribuir para a manutenção de um certo grau de coesão entre os membros do grupo.

Mas, o processo de socialização não se opera no vazio, implica uma transmissão cultural. No caso específico da enfermagem, as estruturas de saúde constituem contextos de

aprendizagem carregados de simbolismos, significações, saberes e poderes onde se movimentam diversos actores: o conjunto de profissionais de saúde, os docentes orientadores do ensino clínico, os estudantes em formação e os utentes, cada um deles com posições e objectivos diferenciados (Carapinheiro, 1998).

De um modo geral, os ensinamentos clínicos constituem contextos curriculares bastante valorizados pelos estudantes, que os consideram como muito gratificantes, por constituírem momentos do percurso formativo onde se passa da teorização à visualização e operacionalização de procedimentos, ainda que se efectuem mediante a supervisão quer dos profissionais da instituição quer dos docentes da escola. No entender de Camacho e Santo (2001), o estudante, durante o seu percurso de formação, cria e renova maneiras de encarar as dificuldades como algo positivo e necessita de se sentir reforçado para a descoberta de novos caminhos, pelo que se torna imprescindível o impulso à criatividade e ao desenvolvimento do conhecimento crítico.

Citando Abreu (2002, p.54):

(...) a enfermagem trabalha e conquista novos enquadramentos, discute-se a relação entre a teoria e a prática, o acompanhamento dos ensinamentos clínicos coloca-se no centro das reflexões sobre a formação graduada; os limites éticos, o estatuto profissional, a responsabilidade são sistematicamente introduzidos no debate sobre as ciências de enfermagem.

2.3. A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

A evolução dos conceitos de saúde e doença, a representação da saúde mental e as estratégias de cura estão relacionados, como já foi referido anteriormente, com os correspondentes paradigmas de cada época e têm as suas origens nos primórdios da civilização. Desta forma, a caracterização histórica e sociológica da prestação de cuidados de saúde mental assume uma especificidade e uma evolução próprias que, em saúde mental e psiquiatria permitem garantir, na actualidade, a oferta de respostas diferenciadas e de qualidade, distantes das existentes no passado. Para isso, como se torna evidente no parecer da Ordem dos Enfermeiros (2008) relativamente ao Projecto de Decreto-Lei que cria no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) as Unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, a especialização assume uma

importância indispensável para conferir credibilidade e segurança na prestação de cuidados nesta área.

A enfermagem tem procurado oferecer uma assistência mais humanizada e fundamentada nos princípios da reforma psiquiátrica. Terra *et al.* (2006) remetem-nos para a necessidade dos enfermeiros repensarem os seus saberes e as suas práticas, reavaliando as suas atitudes e proporcionando cuidados centrados no ser humano, que tem direito a ser assistido sem exclusão. Desta forma, o enfermeiro deve planear a sua actuação para a compreensão das pessoas dentro do seu contexto social e familiar, assistindo-o dentro da sua multidimensionalidade.

A formação de enfermeiros psiquiátricos teve início na Suíça, no início do século XX sendo criado um curso devidamente estruturado que conferia diploma e habilitava os enfermeiros para prestar cuidados aos doentes nos asilos psiquiátricos (Sequeira, 2006).

No nosso país, foi a abertura dos hospitais psiquiátricos que marcou o início da formação em enfermagem psiquiátrica, inicialmente com a vinda de enfermeiros suíços para Portugal e, posteriormente, com a abertura das Escolas de Enfermagem Psiquiátrica das zonas Sul (Hospital Júlio de Matos), Centro (Hospital Sobral Cid) e Norte (Hospital de Conde Ferreira).

A primeira formação de Enfermagem de Saúde Mental, como evidencia Silva (2008), ocorreu em 1911 no Hospital Conde Ferreira e destinava-se a todos aqueles que exerciam a profissão de enfermeiro/a ou que já tivessem trabalhado em manicómios ou clínicas oficiais ou privadas de Saúde Mental.

Ilharco (2006), preocupado com a carência de enfermeiros psiquiátricos, logo após a implementação da Lei 2006/45, que criou o Centro de Assistência Psiquiátrica da zona Sul, em 1945, e em que foi empossado director, propôs e colocou em funcionamento a Escola de Enfermagem da Zona Sul.

Ilharco valorizava o conhecimento e treino das terapêuticas “biológicas” na formação do pessoal de enfermagem psiquiátrica, não desvalorizando a importância do conhecimento e prática da terapêutica ocupacional, daí que o curso da escola da zona Sul integrasse uma cadeira de ergoterapia no seu currículo. Valorizava, igualmente, a qualidade da relação do enfermeiro com os doentes no conjunto das actividades do quotidiano, atribuindo-lhe uma função psicoterapêutica de maior importância.

Preocupava-se, ainda, com a formação ética dos enfermeiros e restantes técnicos da psiquiatria.

Os cursos para enfermeiros psiquiátricos tinham uma vertente física, onde eram leccionadas disciplinas do curso geral de enfermagem (patologia médica e cirúrgica,

anatomia e fisiologia) e uma vertente psiquiátrica (enfermagem psiquiátrica teórica e prática e, ainda, deontologia).

Nos serviços de psiquiatria, o lema era que todo o trabalho que pudesse ser feito pelos doentes, os enfermeiros deveriam consentir e estimular (Redondo e Sequeira, 2005).

Os enfermeiros promoviam a vertente ocupacional e, até mesmo lúdica, mas paralelamente, desenvolviam na sua prática diária as técnicas de enfermagem nos cuidados e tratamentos clássicos.

O primeiro Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é iniciado em Lisboa, Porto e Coimbra, através do Decreto-lei n.º 305/81, de 12 de Novembro e do Decreto-lei n.º 265/83, de 16 de Junho que, como revela Botelho (1996), obrigava à posse de um curso de especialização para progredir na carreira, criando a categoria de Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

Em 1994, como referido anteriormente, foram criados os Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, pela Portaria n.º 239/94, de 16 de Abril, que vieram substituir os extintos Cursos de Especialização conferindo o grau de Licenciado em Enfermagem.

Como é mencionado por Silva (2008), a Portaria n.º 268/2002 vem regulamentar os Cursos Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem e a Portaria n.º 1420/2006 de 20 de Dezembro vem homologar o Curso de Pós-licenciatura de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Em 2006, como foi referido anteriormente, é aprovado o Plano de Estudos do Curso de Pós-licenciatura em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria nas normas de Bolonha.

Na sequência da análise realizada pela Direcção-Geral do Ensino Superior, visando a avaliação da satisfação dos requisitos fixados pela lei, designadamente pelos artigos 16.º, 18.º e 57.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de Junho fica autorizada a entrada em funcionamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre constante do anexo do despacho do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, de 29 de Julho de 2009, prevendo-se, entre outras, a formação de mestres em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Acompanhando a evolução na assistência ao doente mental ocorreu também uma transformação a nível das práticas de enfermagem psiquiátrica. Actualmente, o enfermeiro de psiquiatria assume um papel terapêutico cujas acções assentam no relacionamento estabelecido com o doente a partir da compreensão dos seus comportamentos e da sua aceitação como ser humano. Isto implica que o enfermeiro de psiquiatria possua

conhecimentos científicos e competências pessoais e profissionais para o desempenho desse papel.

Actualmente, o ensino de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica faz parte dos planos do Curso de Licenciatura em Enfermagem e do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e, ainda dos Ciclos de Estudos de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Ao enfermeiro que desenvolve a sua actividade profissional no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria é exigido um papel de relevo no seio da equipa multidisciplinar.

O Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro refere-se à evolução da enfermagem, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do exercício profissional, reconhecendo-se o valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde.

Este Decreto vem regulamentar o Exercício Profissional dos enfermeiros e, no seu artigo 4º, define, como já foi mencionado, as competências do enfermeiro e do enfermeiro especialista.

Os cuidados de enfermagem são definidos como “intervenções autónomas e interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”.

Para a ANA (American Nurses Association), citada por Stuart e Sundeen (1992, p. 4), a Enfermagem Psiquiátrica é “uma área especializada da enfermagem que utiliza como método científico as teorias da conduta humana e cujo objectivo é o bem-estar do indivíduo”.

Durante a sua formação o enfermeiro aprende novos conhecimentos e treina habilidades, competências e atitudes que, com o recurso aos instrumentos de enfermagem, lhe permite actuar perante as necessidades do utente no sentido de prevenir, atenuar ou corrigir os transtornos mentais.

Citando Bagagem (1992, p.184):

A actuação dos enfermeiros em enfermagem de Saúde mental e psiquiátrica é fundamentalmente baseada nos cuidados de enfermagem que envolvem as relações interpessoais com os doentes, familiares, com os elementos da equipa e com a sociedade em geral, através das variadíssimas interacções e transacções que diariamente desenvolvem nas suas actividades.

Mendes *et al.* (2002) reforçam que os cuidados a prestar às pessoas com problemas mentais exigem, não só uma preparação generalista mas, também, uma preparação especializada na medida em que, só a formação diferenciada faculta a aquisição de

competências capazes de permitir uma resposta eficaz às exigências de saúde de todos os cidadãos.

Em Portugal, as políticas de saúde não privilegiaram a promoção e protecção da saúde mental, a prevenção da doença mental e o tratamento da pessoa com perturbação mental em contexto comunitário bem como a reabilitação e reinserção psicossocial. Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros (2008) considera prioritária a formação de enfermeiros especialistas que trabalham ou desejem trabalhar nesta área.

A relação enfermeiro/doente só é verdadeiramente terapêutica quando é intencional, isto é, quando promove ao doente uma experiência que ajude a ultrapassar as suas dificuldades, num processo de adaptação eficaz. Mas, para que esta intencionalidade se desenvolva, a dinâmica da relação tem de assentar num conhecimento profundo do doente. Este tem de ser compreendido no seu todo e, para isso, há que ir à génese dos seus problemas e contextualizar as razões da sua doença.

Só a partir deste conhecimento mais real da complexidade da pessoa humana que é o doente se poderão traçar as estratégias que melhor fomentam uma situação de reequilíbrio do doente atendendo a que as pessoas com doenças mentais não podem ser simplesmente consumidores de cuidados e medicamentos mas co-responsáveis pelo seu tratamento.

3. IMPACTO DA FORMAÇÃO SOBRE AS CRENÇAS E ATITUDES ACERCA DAS DOENÇAS E DOENTES MENTAIS

3.1. CRENÇAS E ATITUDES DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: ESTUDOS MAIS RELEVANTES

Como é mencionado por Oliveira (2005), foi a partir dos finais da década de 1950 que foram construídos e testados importantes instrumentos de medição e avaliação de atitudes, dos quais são destacados pela referida autora: Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI) de Gilbert and Levinson's (1957); The Stars Abstract de Nunnally (1961); Opinion about Mental Illness Scale (OMIS) de Cohen & Struening's (1962); Attitude Toward Mental Illness (ATMI) de Froemel and Zolik's (1967); Community Attitudes to the Mental Illness Inventory (CAMI) de Taylor & Dean (1981).

Neste capítulo será dada primazia aos trabalhos que estudam o impacto que a frequência de Cursos Superiores e, em especial, o Curso de Licenciatura em enfermagem, exerce sobre os estudantes no que respeita às suas atitudes e crenças sobre a doença mental.

Assim, é de fazer referência a um estudo clássico realizado por Costin e Kerr (1962) em que foi utilizada em dois tempos distintos, antes e depois de um Curso em "Abnormal Psychology", a OMIS e cujos resultados revelaram que os estudantes dos níveis mais avançados expressavam menores níveis de autoritarismo, isto é, opiniões acerca do doente mental como pertencente a uma classe de pessoas inferiores às pessoas ditas "normais"; menores níveis de restrição social, em que o doente mental surge como uma pessoa perigosa para a sociedade implicando que a sua liberdade seja condicionada durante e após a sua hospitalização e mais crentes na etiologia interpessoal como factor causal da doença mental, ou seja, de que a doença mental resulta de más experiências interpessoais, como a falta de atenção e amor parental.

Wes Shera e Delva-Tauiliili (1996), Gerhart (1985), Atwood (1982), Werrbach e Depoy (1993) referenciados por Wes Shera e Delva- Tauiliili (1996) propuseram-se a avaliar o efeito das acções especiais de formação em psicopatologia nas atitudes dos estudantes do Serviço Social. Deste modo, constituíram uma amostra com dois grupos de estudantes do segundo ano do referido curso, ambos participantes num programa de intervenção

especializado em doença mental (cujo principal objectivo era o de promover a mudança de atitudes) e, um outro grupo de controlo, constituído por estudantes do segundo ano do mesmo curso mas não integrados em qualquer programa de formação especial. Com base nos resultados obtidos, os autores salientaram a eficácia dos programas de formação no sentido de promover atitudes mais favoráveis perante a doença mental, sendo notórias as mudanças em atitudes específicas, tais como: a expectativa dos profissionais quanto ao sucesso das medidas de intervenção e tratamento que se revelou mais positiva. Também as crenças relativas à imprevisibilidade e perigosidade associadas ao doente mental se revelaram menos intensas, logo, menos estigmatizantes.

Penn *et al.* (1999), num estudo em que pretenderam identificar os métodos de redução do estigma directamente associado aos indivíduos portadores de esquizofrenia, recorreram a uma amostra de 182 estudantes do Instituto de Tecnologia de Illinois e, dos resultados deste estudo, destaca-se o facto de factores contextuais, como o contacto com a doença mental e o tipo de informação sobre as doenças, poder afectar a percepção de perigosidade ou dos comportamentos violentos destes doentes.

Para estudar as atitudes de procura de ajuda e atitudes perante a doença mental, Leong e Zachar (1999), utilizaram a escala “Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help” (ATSPPH) de Fischer e Turner (1970) e a OMIS, numa amostra de 290 estudantes que frequentavam a disciplina de Introdução à Psicologia. Dos resultados do estudo tornou-se evidente que uma atitude mais positiva perante a ajuda profissional está associada a uma opinião mais benevolente.

Num outro estudo realizado por Holmes *et al.* (1999), foi utilizada a OMIS, com a intenção de medir as atitudes perante a doença mental, sendo utilizados os itens das dimensões: autoritarismo, benevolência e restrição social. Os resultados mostraram que os estudantes que frequentaram o curso de “Doença Mental Severa e Reabilitação Psiquiátrica” mostraram um aumento significativo nos níveis médios das dimensões de benevolência e restrição social enquanto os estudantes do curso de “Psicologia Geral” apenas mostraram um aumento significativo na dimensão benevolência. Nenhum dos grupos revelou mudanças estatisticamente significativas nas médias da dimensão autoritarismo. Deste modo, os resultados deste estudo sugerem que os efeitos da educação, grau de conhecimento com a doença mental têm influência nas atitudes de benevolência e de restrição social, mantendo-se inalterada a dimensão autoritarismo.

Corrigan *et al.* (2001) procuraram estudar a familiaridade a distância social perante as pessoas que sofrem de doença mental severa, partindo de uma amostra de 208 estudantes. Foram utilizados três instrumentos de medida: o “Level of Contact Report” (LCR); a

“Perception of Dangerousness and Fear Questionnaire” e a “Social Distance Scale”. Os resultados evidenciam que quanto mais familiarizadas as pessoas estão com a doença mental, menor é a perigosidade. A familiaridade encontra-se inversamente associada com a distância social, isto é, os indivíduos mais familiarizados apresentam menor distância social. Também não se encontrou uma associação significativa entre a familiaridade e o medo. A percepção de perigosidade está alta e positivamente relacionada como preditor do medo que, por sua vez, está positivamente associado à distância social, o que significa que quanto maior o medo, maior a distância social e evitamento dos doentes mentais.

As conclusões deste estudo apontam para a necessidade de uma intervenção ao nível das campanhas de redução do estigma associado às doenças mentais, aumentando a familiaridade através da interacção entre os doentes mentais e o público em geral.

No Brasil foi realizado um estudo por Pedrão *et al.* (2003), numa amostra de estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, em que a OMIS foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa. A amostra incluiu 68 estudantes recém-chegados à Universidade e 73 que frequentavam o último semestre do referido curso e o objectivo do estudo consistia em avaliar a influência da instrução académica nas atitudes perante a doença mental.

De referir que, no Brasil, a versão da OMIS se designa «Opiniões sobre a Doença Mental» (OMD) e, foi traduzida e validada para a população brasileira por Rodrigues (1983). Do estudo de validação resultaram 7 dimensões, mais duas do que as da escala original de Cohen & Struening (1962), que continha 5 dimensões e, que o autor designou por *etiologia de esforço mental*, que reflecte a ideia de que a doença mental tem origem no excessivo “esforço cerebral”, resultante do trabalho intelectual exagerado e, *visão minoritária*, que traduz o conceito de que o doente mental, por ser muito diferente das pessoas tidas como normais, pode ser facilmente reconhecido num grupo, atendendo à sua aparência externa.

Dos resultados deste estudo verificou-se que os estudantes que iniciavam o referido curso tendem a exhibir atitudes negativas perante o sujeito com doença mental. Estes resultados revelaram que os estudantes em questão mostravam atitudes de autoritarismo perante o doente mental e tendência para um protecção bondoso. De realçar, ainda, que as atitudes mais positivas face à doença mental são constatadas nos finalistas do referido curso, o que sugere a influência que a formação académica pode ter na “mudança” de atitudes.

Num estudo concretizado por Emrich *et al.* (2003), com uma amostra constituída por 38 estudantes de Enfermagem, com o objectivo de verificar se havia diferenças nas atitudes dos sujeitos inquiridos, antes e após a formação, concluiu-se que a exposição dos

estudantes a informação factual sobre psicopatologia em que é, igualmente, promovida a oportunidade de interacção directa com indivíduos portadores de doença mental, afectou positivamente e de forma significativa, as atitudes destes estudantes relativamente às pessoas com doenças mentais.

Reinke *et al.* (2004), num estudo em que procuravam alterar algumas das variáveis clássicas dos estudos anteriores, examinaram a forma como o contacto com a doença mental é experimentado e o nível de desconfirmação dos estereótipos perante a doença mental. A amostra era constituída por um total de 164 estudantes, com uma média de idades de 27.7 anos e foi utilizada uma escala de distância social, antes e depois da frequência de um programa que inclui cinco condições experimentais: grupo de controlo; contacto *in vivo* com moderada desconfirmação; contacto por vídeo com moderada desconfirmação; contacto por vídeo com nenhum nível de desconfirmação; contacto por vídeo com elevada desconfirmação. Os resultados deste estudo mostram que o nível de contacto com a doença mental tem um efeito potencial na mudança de atitudes, revelando que o contacto frequente com os indivíduos com doença mental ajuda a desconfirmar o estigma.

Também no estudo levado a cabo por Surgenor *et al.* (2005), com uma amostra constituída por 164 estudantes de Enfermagem de uma escola da Nova Zelândia do 1º e do 3º ano se concluiu que os sujeitos que estavam a iniciar a sua formação exibiam atitudes mais negativas que os do 3º ano que já eram detentores da formação teórica e pratica (ensino clínico)

Num outro estudo realizado por Madianos *et al.* (2005), com o objectivo de demonstrar a importância da formação académica na mudança de atitudes dos estudantes de Enfermagem face a pessoas com doenças mentais, antes e após a conclusão da unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (que incluía 40 horas de formação teórica e 90 horas de ensino clínico), os autores concluíram que a referida formação influenciou positivamente as opiniões dos estudantes, tendo-se verificado, por um lado, uma redução relativamente ao autoritarismo e às crenças discriminatórias e, por outro, uma visão mais positiva acerca da integração social, revelando uma visão mais humanitária na integração destes sujeitos na comunidade. Deste modo, é sugerido pelos autores do estudo que a formação efectiva dos estudantes em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e, em concreto, a experiencia enriquecedora proporcionada pelo ensino clínico, no contacto directo com pessoas portadoras de doença mental, parece traçar um caminho na direcção de mudanças positivas nas atitudes.

Ainda com o objectivo de estudar a influência da formação teórica e prática na mudança das atitudes dos estudantes, Markstrom *et al.* (2009) realizaram um estudo longitudinal com 1001 estudantes dos Cursos de Enfermagem Terapia Ocupacional e de Medicina de seis Universidades da Suécia com a finalidade de avaliar o nível de familiaridade e com a doença mental e as atitudes face à doença mental. Os dados foram colhidos em dois momentos diferentes, isto é, antes da unidade teórica e após o ensino clínico e, os resultados mostraram que, no final do ensino clínico, se verificou uma mudança nas atitudes face aos doentes mentais, no sentido de se tornarem menos estigmatizantes. Em consequência destes resultados, os autores concluíram que o ensino clínico, incluído nos programas universitários, promove uma mudança nas atitudes, no sentido da destigmatização, provavelmente devido à interação com pessoas com pessoas com doenças mentais e à experiência os supervisores/orientadores.

Num estudo recente efectivado por Francisco (2010), com o intuito de avaliar a percepção dos estudantes de Enfermagem face à doença mental, conclui-se que a educação em saúde mental e a experiência em ensino clínico mudaram significativamente, de forma positiva, as percepções dos estudantes de Enfermagem face a pessoas com doença mental, todavia, conhecer alguém com doença mental não produziu alterações significativas nas atitudes destes estudantes.

O trabalho que se segue, embora não estude o impacto que a frequência dos estudos superiores exerce sobre os estudantes relativamente às crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais, utiliza os mesmos instrumentos que foram usados no nosso estudo.

Assim, dos resultados do estudo realizado por Loureiro (2008), numa amostra de 834 indivíduos, em que os instrumentos de colheita de dados foram: Questionário sócio-demográfico; nove vinhetas adaptadas da metodologia de Star (1955); a OMIS (Cohen & Struening, 1962); uma versão adaptada do Level of Contact Questionnaire – LCQ (Corrigan et al., 2001); Inventário de Crenças acerca da Doença Mental – ICDM (Loureiro et al., 2006); Social Distance Scale – SDS (Kirmayer et al., 1997); Questionário de causas da doença mental – QCDM; questões acerca das consequências das doenças mentais e mecanismos de intervenção social, destaca-se que, relativamente às crenças e atitudes perante os doentes e as doenças mentais, se indicia um grau de aceitação e tolerância elevado, ainda que ancoradas por mitos como a incurabilidade e perigosidade. A distância social é elevada nos itens que implicam maior proximidade de relacionamentos, especificamente ao nível das relações familiares, aparecendo associada a visões estereotipadas dos doentes mentais como incuráveis e perigosos. Factores como a

exposição e nível de contacto/familiaridade com a doença mental não se constituem como condição capaz de influenciar substancialmente crenças e atitudes nem distância social.

De realçar, igualmente, que as análises estatísticas mostram, por um lado que as atitudes mais autoritárias estão sobretudo associadas às crenças na incurabilidade e perigosidade, por outro que as atitudes mais benevolentes e tolerantes estão associadas a um maior reconhecimento da doença.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. DELINEAMENTO DA INVESTIGAÇÃO

1.1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Ao pensarmos sobre a temática das crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais é importante ter em conta os aspectos relacionados com a forma como foi construída a visão que actualmente prevalece sobre este assunto.

Como tem sido evidenciado ao longo deste trabalho, a visão estigmatizada do doente mental – o louco, prevaleceu ao longo dos tempos e, em consequência desse facto, estes doentes foram vivendo em situação de exclusão social. Citando Pichot e Fernandes (1984, p.13)

(...) a doença mental, a partir do momento em que verdadeiramente se lhe reconheceu a sua existência, foi marcada, se não definida, pela implicação social das suas manifestações, o que levou a fixar quadros originais para o seu tratamento. Mesmo afirmando a existência de «doenças» mentais, os doentes por ela afectados eram tratados em lugares diferentes do sistema hospitalar geral.

Com o novo paradigma, o conceito de doença mental sucede ao de loucura e os asilos dão lugar aos hospitais. De facto esta mudança de terminologia reflecte, sem dúvida, mudanças na concepção da doença mental e das práticas assistenciais (Moreira *et al.*, 2005).

A actual política de saúde mental tende a proclamar o lugar do doente na sociedade/comunidade e, preferencialmente na família, contudo, é importante ter em conta as necessidades das famílias que nem sempre sabem como lidar com os seus medos e receios e que competências têm de adquirir. É, pois, fundamental que os profissionais de saúde criem um espaço para os familiares verbalizarem os seus medos, os seus problemas, as suas necessidades.

Acreditando que muitos familiares têm capacidades para manter o seu doente no seu meio familiar e assumirem o papel de cuidadores, o diagnóstico clínico, o estigma, a fadiga, o desgaste, os sentimentos de culpa, a alteração de toda a dinâmica familiar, o desconhecimento dos recursos externos, enfim, a crise, incapacita-os de olharem para a situação de forma menos incapacitante e dolorosa.

A perspicácia dos técnicos de saúde passa também por saber “ler-lhes” no rosto o sofrimento, o medo, as dúvidas e, criar-lhes o espaço para expressarem livremente aquilo

que sentem, não ignorando que na relação com a instituição psiquiátrica, as famílias apresentam dificuldades que se prendem com a falta de informação sobre o diagnóstico e o prognóstico.

A desinstitucionalização tem exigido uma grande reestruturação do sistema de referência e tratamento da doença mental e, neste sentido, o processo de transformação da imagem do doente mental pressupõe a desconstrução das ideologias e dos diversos campos do conhecimento. Diante desta nova realidade esta pesquisa pretende estudar as atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem perante a doença mental e a influência da formação prática (ensino clínico) nessas mesmas atitudes e crenças.

Ao estudar as atitudes e as crenças é importante ter em conta um aspecto que é realçado por Milheiro (1999) quando nos diz que em todos os profissionais de saúde mental e pessoas em geral, uma componente muitíssimo importante para o juízo que se faz sobre a loucura passa seguramente pelo modo como psicologicamente ele se construiu ao longo do seu percurso desenvolvimental.

A formação em enfermagem caracteriza-se pela alternância entre períodos de ensino na escola com aulas teóricas, teórico-práticas e práticas laboratoriais e períodos de ensino clínico em diversas instituições de saúde, constituindo os períodos de ensino clínico, como salientam Simões *et al.* (2008), momentos privilegiados para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas. Ainda na perspectiva dos referidos autores, o estudante em ensino clínico encontra-se inserido num ambiente vivo que actua sobre ele e sobre o qual ele responde aprendendo a interiorizar os elementos socioculturais e integrando-os na estrutura da sua personalidade por influência de experiências significativas.

Sobre este assunto, Sá-Chaves e Alarcão (2000) recordam que os contextos da prática exercem uma influência importante na formação dos enfermeiros, sendo o potencial de desenvolvimento tanto maior quanto mais rica for a natureza e o número de vivências em contextos diversificados. Reforçam, igualmente, a importância da presença do docente, sobretudo na fase inicial, no sentido de transmitir segurança e estabelecer a ligação entre os contextos.

A competência só existe quando é aplicada, salientam Silva e Silva (2004), o que significa que o local intervém na produção de competências e, como é sabido, a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho.

Na abordagem desta temática Kirshbaum e Sas (2005) afirmam que a passagem pelas actividades práticas permitem que os estudantes de enfermagem compreendam a pessoa

que está por detrás da doença, promovendo o acesso ao lado humano e emocional do doente o que vai induzir mudanças nas suas concepções de doença mental.

2. METODOLOGIA

Iniciamos o presente capítulo com apresentação das questões de investigação e hipóteses, bem como de todos os aspectos metodológicos subsequentes, amostra, variáveis e respectivos instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados e análise estatística efectuada.

Dada a escassez de trabalhos empíricos na área de investigação com estudantes de Enfermagem, optamos por realizar um estudo pré-experimental.

Atendendo aos instrumentos utilizados na colheita de dados, um deles construído de raiz para a população, o Inventário de Crenças Acerca das Doenças e Doentes Mentais, (Loureiro, 2008) e a Escala de Opiniões Acerca das Doenças e Mentais (OMIS) de Cohen & Struening (1962), Struening & Cohen (1963) já traduzida e validada para a população Portuguesa por Oliveira (2005) e por Loureiro (2008), optamos por não realizar o estudo de validade de construto. Salienta-se também que o tamanho da amostra não nos permite fazer análises de validade, nomeadamente o recurso a análises factoriais exploratórias para os instrumentos adaptados para versão portuguesa.

2.1. Questões de investigação e hipóteses:

Face aos objectivos do nosso trabalho, construímos o seguinte conjunto de questões de investigação e hipóteses, centrados em duas temáticas centrais, *as crenças acerca das doenças mentais e atitudes acerca dos doentes mentais*

Crenças acerca das doenças e doentes mentais.

Questão 1: quais as crenças acerca das doenças e doentes mentais manifestadas pelos estudantes de Enfermagem do 3.º ano antes de iniciar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Hipóteses:

H₁: as crenças acerca das doenças e doentes mentais são diferentes consoante o nível de familiaridade com a doença mental.

H₂: a frequência do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria contribui para uma redução das crenças negativas acerca das doenças e doentes mentais e para um incremento das crenças positivas.

Atitudes acerca das doenças mentais.

Questão 2: quais as atitudes acerca das doenças e doentes mentais manifestadas pelos estudantes de Enfermagem do 3.º ano antes de iniciar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Hipóteses:

H₃: as atitudes acerca das doenças e doentes mentais são diferentes consoante o nível de familiaridade com a doença mental.

H₄: a frequência do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria contribui para uma redução das atitudes negativas acerca das doenças e doentes mentais e para um incremento das atitudes positivas.

Qual a relação entre crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca das doenças e doentes mentais?

H₅: prevê-se que as crenças estejam relacionadas com as atitudes acerca dos doentes e doenças mentais.

2.2. População – Amostra

A amostragem foi realizada a partir da população acessível dos estudantes do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem a frequentar uma Escola de Enfermagem da Região Centro de Portugal Continental, sendo que se procurou inquirir todos os estudantes do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Entregámos inicialmente 140 questionários a todos os estudantes que iriam frequentar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria, aquando do 1.º dia de integração. Posteriormente, após o ensino clínico, entregámos novamente os 140 questionários dos quais recebemos apenas 89, sendo a taxa de recusa de participação no 2.º momento de 36,44%. No total foram validados 89 questionários que estavam correctamente preenchidos e foram, dessa forma, validados por nós.

É de reforçar que este tamanho da amostra não nos permite fazer análises de validade, nomeadamente o recurso a análises factoriais exploratórias para os instrumentos adaptados para versão portuguesa.

2.2.1. Características gerais da amostra

Relativamente à amostra ela é constituída por 89 estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem sendo que a sua distribuição segundo o género mostra uma maioria considerável do género feminino 75 (84,30%) e 14 (15,70%) do género masculino. Esta disparidade não tem qualquer significado dada a natureza do curso e da própria profissão exercida na maioria por mulheres.

De salientar que do total de 89 estudantes, 54 (60,70%) já tiveram contacto ou conhecem alguma pessoa a que foi diagnosticada uma doença mental sendo que 28 (51,90%) se reportam a familiares e 26 (48,19%) a amigos.

Quadro 2

Distribuição dos estudantes de enfermagem segundo as características sócio-demográficas (n = 89)

Variáveis:	N.º	%
<i>Sexo:</i>		
Masculino	14	15,70
Feminino	75	84,30
<i>Familiaridade:</i>		
Sim	54	60,70
Não	35	39,30
<i>Se sim, quem?</i>		
Familiar	28	51,90
Amigo	26	48,10

Relativamente à idade, a maioria dos sujeitos tem 21 anos (39,3%) e 37,1% tem 20 anos. A idade média é de 21,25 anos com um desvio padrão de 1.83.

Quadro 3

Estatísticas resumo das variáveis *idade* dos estudantes (n = 89)

	Mínimo	Máximo	\bar{x}	S
Idade	20	30	21,25	1,83

2.3. Variáveis estudadas

Face ao conjunto de questões apresentadas, bem como às hipóteses que elaborámos, as variáveis *dependentes* são as crenças e atitudes acerca dos doentes e doenças mentais.

- As **Crenças**: são entendidas como estruturas cognitivas que filtram, codificam e avaliam dando às pessoas a possibilidade de categorizar e interpretar experiências de modo significativo (Beck, 1979).

Deste modo, as crenças dão-nos confiança suficiente para agirmos e para aceitarmos os factos como verdadeiros, contudo, possíveis de ser questionados no futuro.

- **As atitudes**: são entendidas como mediadoras entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos (Lima, 1986; cit. Vala e Monteiro, 1996). Tendem a reagir aos acontecimentos de forma positiva ou negativa e têm origens culturais, familiares e pessoais.

A forma extrema da atitude negativa pode-se designar de preconceito se for formulada sem provas suficientemente evidentes e conservar a tenacidade emotiva.

As atitudes que se centram nos processos cognitivos remetem para a questão da aquisição de crenças (*idem*).

2.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Antes de iniciar a recolha de dados foi solicitada a respectiva autorização à Sra. Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo I), dando a conhecer a investigação que se pretendia realizar e garantindo o cumprimento de todos os pressupostos éticos relativos a uma investigação científica.

Ficou assegurada a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes.

Foram ainda pedidos os instrumentos aos respectivos autores (Anexo II) que autorizaram a sua utilização, ficando salvaguardado o direito de autor.

Depois de recebida a autorização por escrito, deu-se início à aplicação dos referidos questionários (Anexo III) que decorreu no período compreendido entre 25 de Fevereiro e 24 de Julho de 2009.

Aquando da aplicação do questionário, que é de auto-preenchimento, na 1ª etapa do processo, foi solicitado aos estudantes que tomassem nota do código que constava do instrumento para ser novamente utilizado aquando do preenchimento do questionário na 2ª etapa, isto é, no final do ensino clínico.

2.5. DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O trabalho de recolha de informação foi realizado através de questionário, constituído por uma folha de rosto na qual se inclui um breve texto introdutório onde se indica o tema, a natureza do estudo e onde é solicitada a colaboração mediante a garantia do anonimato da resposta. A primeira parte destina-se à recolha de dados sócio-demográficos e, a segunda parte, é constituída pela Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMIS) de Cohen & Struening (1962) e Struening & Cohen (1963) que como já foi referenciado foi traduzida e validada para a população portuguesa por Oliveira (2005) e por Loureiro (2008) e o Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM) de Loureiro (2008).

Este questionário, como já foi mencionado, foi aplicado no início do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e no final desse mesmo ensino clínico, cinco semanas depois, aos estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem.

Descrição formal dos instrumentos utilizados

Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMIS) de Cohen & Struening (1962):

Foi utilizada uma tradução da escala original para a língua portuguesa.

A Escala de Opiniões sobre a Doença Mental, de nome original «The Opinion's about Mental Illness Scale», foi construída por Cohen & Struening (1962) com o objectivo de responder a uma necessidade da época que consistia na necessidade de proceder à medição objectiva das atitudes face à doença mental.

Esta escala é composta de 51 itens organizados em cinco factores (ou dimensões) atitudinais, determinados por análise factorial e, para as quais cada item oferece uma contribuição individual e específica:

Factor A = Autoritarismo:

Factor constituído por 11 itens que pretende representar (na presença de scores elevados) uma opinião sobre o doente mental como sujeito pertencente a uma classe de pessoas inferiores que, como tal, necessitam de intervenções de natureza coerciva.

Sugere, nesta medida, que face a uma atitude autoritária por parte dos profissionais de saúde, os sujeitos parecem tender para um funcionamento estereotipado, portanto, pouco favorável para um processo evolutivo positivo.

Como itens incluídos nesta dimensão temos: itens 1; 6; 9; 11; 16; 19; 21; 39; 43; 46 e 48.

Factor B = Benevolência:

Factor que compreende 14 itens, correspondentes a uma visão tida como “simpática”, porém moralista, paternalista e protectora face ao doente mental, cujas bases atitudinais assentam mais numa perspectiva humanista e religioso-moral do que numa ideologia científica e profissional. As atitudes inerentes assumem-se como encorajadoras para o processo de tratamento mas, que em si, simultaneamente, integram algum receio ou medo perante o doente mental.

Encontram-se incluídos os itens: 2; 12; 17; 18; 22; 26; 27; 32; 34; 36; 37; 40; 47 e 49.

Factor C = Ideologia da Higiene Mental:

Consiste em 9 itens representantes de uma perspectiva profissional do tratamento e que, consequentemente, expressam uma opinião do doente mental como uma pessoa normal.

Trata-se de uma perspectiva que oferece resistência ao estigma tradicionalmente associado à doença mental. Scores elevados neste factor indicam uma visão positiva da doença mental e demonstra confiança no nível das intervenções dos profissionais de saúde mental.

Os itens correspondentes são: 3; 13, 23; 28, 31; 33; 38; 44 e 50.

Factor D = Restrição Social:

Engloba 10 itens que perspectivam o doente mental como um perigo para a sociedade defendendo, deste modo, a restrição da liberdade destes doentes, durante e após o período de internamento, como forma de protecção das comunidades e das próprias famílias de pertença.

Scores baixos neste factor indicam o desenvolvimento de estruturas e contextos de tratamento menos restritivos para o doente.

Nesta dimensão estão incluídos os itens: 4; 7; 8; 14; 24; 29; 41; 42; 45 e 51.

Factor E = Etiologia Interpessoal:

É composto por 7 itens que sugerem a crença de que a doença mental resulta de más experiências interpessoais, vivenciadas durante a infância, tais como falta de atenção e de amor parental.

Scores elevados reflectem a opinião de que a saúde mental é objecto das escolhas individuais feitas ao longo da vida.

Os itens incluídos nesta dimensão são: 5; 10; 15; 20; 25; 30 e 35.

A escala OMIS encontra-se organizada segundo um modelo de Likert em que a resposta se posiciona em seis alternativas possíveis. O sistema de cotação é o mesmo para todos os itens, independentemente da conotação positiva ou negativa de cada item.

Neste estudo recorreu-se à versão traduzida e validada para a população portuguesa por Oliveira (2005) e Loureiro (2008) a partir da escala original de Cohen & Struening (1962).

Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICDM):

O Inventário de Crenças acerca da doença Mental de Loureiro (2008) é um instrumento constituído de raiz para a população portuguesa.

Este inventário é composto por 45 itens, com formato de resposta tipo *likert* de 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente), organizado em seis factores:

1º Factor – incurabilidade:

Engloba os itens que dizem respeito à crença na doença mental como tendo um carácter crónico e incurável (as doenças mentais são cíclicas, voltam de tempos a tempos) e em que os medicamentos criam no doente uma dependência, mas são necessários para o controlo do doente (as pessoas que já receberam tratamento para a doença mental precisarão de mais medicamentos no futuro). Indica a incapacidade dos doentes em desenvolver tarefas com alguma responsabilidade, pois são considerados como tendo uma redução ao nível das competências sociais, ao nível do trabalho e da responsabilidade face à família.

Inclui os itens: 23;21;44;15;39;20;28;11;33;16.

2º Factor – Reconhecimento da doença:

Constituído por 10 itens que indicam a crença numa visão não estigmatizante da doença mental, dado que estão associados à aceitação da doença (qualquer pessoa pode sofrer de doença mental), à crença no tratamento (a doença mental tem tratamento) e reabilitação (se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário), se o diagnóstico for atempado (a doença mental requer, logo desde o início, um tratamento adequado).

Inclui os itens: 27;25;37;13;34;8;40;17;24;32.

3º Factor – doença como causa de estigma e discriminação:

É constituído por 8 itens e está associada à crença pessoal do estigma e preconceito produzido pela doença nos circuitos sociais próximos do indivíduo portador de doença mental (família, amigos, colegas de trabalho).

Estão incluídos os itens: 35;29;36;45;9;46;18;42.

4º Factor – Perigosidade:

Corresponde à crença nos doentes mentais como pessoas perigosas, dada a imprevisibilidade do seu comportamento, levando mesmo à propensão para a criminalidade.

É constituída por 7 itens: 14;1;38;7;31;6;43.

5º Factor – Responsabilidade Individual:

É constituído por 5 itens. O indivíduo é considerado responsável pela sua saúde/doença.

Estão incluídos os itens: 3;47;19;4;12.

6º Factor – Doença como condição médica:

Está assente na crença da doença mental como condição clínica, como outras doenças apelando para o uso de medicamentos no seu tratamento.

Este factor é constituído por 5 itens: 10;30;5;2;22.

De acordo com o autor, os itens 26 e 41 devem ser excluídos, na medida em que a sua relevância na mensuração dos factores constituintes do inventário é reduzida, resumindo-se, deste modo, a sua caracterização a 45 itens.

2.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para a realização do tratamento estatístico, recorreremos aos programas SPSS versão 17 for Windows (*Statistical Package for the Social Sciences*) e ao programa G POWER para cálculo do *effect size* e poder dos testes.

Ao nível da estatística descritiva recorreremos ao cálculo das medidas resumo adequadas bem como às distribuições de frequências que foram apresentadas nos quadros sempre que se mostrou adequado.

Para o estudo das hipóteses recorreremos aos testes *t* de Student para grupos emparelhados e independentes, coeficiente de correlação de Pearson e respectivo teste de *significância da correlação*.

Nas análises de *effect size* do estudo, recorreremos ao “*d*” para o teste *t* e procedemos à transformação em r^2 (Cohen, 1998). As análises de poder dos testes foram realizadas *a posteriori* tendo sido o poder calculado com base num alpha de 0,05 para $n=89$. Como valores de interpretação do *effect size* utilizámos os propostos pelo mesmo autor.

Relativamente aos pressupostos dos testes, procedemos à sua verificação especialmente da normalidade, ainda que os testes utilizados sejam considerados testes robustos (a violações dos pressupostos), especialmente quando o tamanho da amostra é suficientemente grande (Shanon & Davenport, 2000; Argyrous, 2000; Iversen *et al.*, 1982). Como refere Cohen (1988), quando os *n*'s são grandes o não cumprimento dos pressupostos não afectam a validade dos testes de significância, nem as estimativas de poder associados a eles.

3. RESULTADOS

Iniciamos este capítulo com a apresentação dos dados obtidos neste estudo de acordo com a ordem e linha metodológica definida inicialmente. Posteriormente, realizaremos a discussão dos resultados tendo por base o confronto dos nossos resultados com o quadro de referência que apresentamos no capítulo I procurando, também, estabelecer algumas comparações com outros estudos.

É nossa intenção, ainda, mostrar os limites e fragilidades deste trabalho, bem como as eventuais implicações que possam daí decorrer para o Ensino da Enfermagem.

3.1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Seguiremos a apresentação dos dados resultantes da análise efectuada de acordo com a ordem com que as questões e hipóteses que foram levantadas. Previamente ao cálculo dos testes de hipóteses procedemos à verificação dos seus pressupostos, nomeadamente, a distribuição normal das variáveis na população. Atendendo ao tamanho da amostra ($n \geq 50$), utilizamos o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Nos casos em que o valor da significância do teste foi de $p < 0,05$, recorreremos ao cálculo da simetria através da divisão entre o valor do coeficiente de simetria (*skewness*) e o seu erro padrão (*std. error*). Como os valores obtidos foram inferiores a $\pm 1,96$, indicando distribuições simétricas, optamos por utilizar testes paramétricos.

Quadro 4

Resultados da aplicação do teste de *Kolmogorov-Smirnov*

	Estatística	P
autoritarismo_antes	,087	,099
autoritarismo_depois	,106	,017
benevol_antes	,091	,072
benevol_depois	,112	,008
ideologia_antes	,063	,200
ideologia_depois	,080	,200
Restrição_antes	,074	,200
Restrição_depois	,114	,006
Etiologia_antes	,113	,007
Etiologia_depois	,067	,200
Incurabilidade_antes	,117	,005
incurabilidade_depois	,063	,200
reconhecimento_antes	,066	,200
reconhecimento_depois	,077	,200
DCED_antes	,124	,002
DCED_depois	,151	,000
Perigosidade_antes	,093	,056
Perigosidade_depois	,081	,200
RIndividual_antes	,076	,200
RIndividual_depois	,125	,002
DCmedical_antes	,092	,061
DCmedical_depois	,078	,200

Primeiramente, e de modo a dar resposta à 1.^a questão de investigação que se refere às crenças acerca dos doentes e doenças mentais prevalentes nos estudantes de Enfermagem do 3.º ano, antes de iniciar o ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, procedemos ao cálculo das medidas resumo adequadas às diferentes dimensões das crenças avaliadas pelo ICDM, nomeadamente *medidas de tendência central*

e de *dispersão*. Foi ainda calculado o *erro padrão da média* (EPM) e o *coeficiente de variação* para os *scores* de cada uma das dimensões assim como a *média ponderada*².

Como podemos verificar pela análise do Quadro 3, os erros padrão da média reduzidos em todas as dimensões mostram que a média é um bom estimador. Os valores superiores a 0,15 dos coeficientes de variação sugerem um padrão heterogêneo nos scores das crenças especificamente na *Incurabilidade, Doença como causa de Estigma e Discriminação, Responsabilidade Individual e Perigosidade*, no caso das crenças respectivas ao *Reconhecimento da doença e Doença como Condição Médica*, os valores da medida de dispersão relativa (CV) são mais baixos (<0,15), denotando uma posição *mais homogênea* em relação a estas crenças.

Quadro 5

Estatísticas resumo para as dimensões do ICDM (n=89)

<i>Crenças avaliadas pelo ICDM:</i>	Min.	Max.	\bar{X}	S	<i>EPM</i> [#]	<i>C_V</i> ^{##}	<i>m_p</i> ^{###}
Incurabilidade	13,00	43,00	30,30	5,99	,51	0,20	3,03
Reconhecimento da doença	29,00	59,00	46,89	5,55	,47	0,12	4,69
Doença como causa Estigma Discriminação	11,00	31,00	20,32	4,68	,40	0,23	2,54
Perigosidade	7,00	35,00	21,76	4,85	,41	0,22	3,11
Responsabilidade Individual	6,00	23,00	15,77	3,59	,30	0,23	3,15
Doença como Condição Médica	13,00	29,00	22,45	2,95	,25	0,13	4,49

[#] - erro padrão da média; *C_V*^{##} - coeficiente de variação; *m_p*^{###} - média ponderada

Da observação das médias ponderadas ainda no quadro 3, podemos verificar, por um lado que as crenças com maior expressão numérica (> 4,00 pontos) no sentido da concordância se situam no *Reconhecimento da doença* (\bar{X} =4,69) e *Doença como Condição Médica* (\bar{X} =4,49), apontando como já vimos num sentido homogêneo de respostas, por outro, as restantes crenças observa-se que os valores apontam de modo geral para a discordância, sendo mais vincada na crença da *Doença como causa de Estigma e Discriminação* (\bar{X} =2,54), o que evidencia que ao nível desta crença os estudantes de Enfermagem não crêem que as doenças mentais por si só sejam causa de estigma e discriminação sociais. Os valores das médias ponderadas nestas crenças situam-se próximos dos 3,00 pontos

² Somatório dos itens por dimensão a dividir pelo n.º de itens.

(discordância), respectivamente crença na *Incurabilidade* ($\bar{x}=3,03$), *Perigosidade* ($\bar{x}=3,11$) e *Responsabilidade Individual* ($\bar{x}=3,15$).

Relativamente às crenças, mas ao nível da familiaridade, recorreu-se ao teste *t* para comparar as médias em função dos estudantes estarem ou não familiarizados (contacto) com a doença mental (hipótese de contacto: as crenças acerca das doenças e doentes mentais são diferentes consoante o nível de familiaridade com a doença mental). Como se pode observar do quadro 4, em nenhuma das crenças a diferença das médias se revelou estatisticamente significativa.

Quadro 6

Resultados da comparação das médias (teste *t* para amostras independentes) das crenças em função da familiaridade/contacto com pessoas com diagnóstico de doença mental

Dimensões:	Familiaridade				t	p
	Sim (n=)		Não (n=)			
	\bar{x}	s	\bar{x}	S		
Incurabilidade	30,28	6,03	30,31	6,00	-,034	,973
Reconhecimento da doença	47,12	5,39	46,62	5,76	,531	,596
Doença como causa Estigma e Discriminação	20,69	4,66	19,91	4,71	,984	,327
Perigosidade	21,51	4,96	22,03	4,74	-,628	,531
Responsabilidade Individual	15,55	3,61	16,02	3,57	-,758	,450
Doença como Condição Médica	22,39	2,88	22,52	3,05	-,246	,806

De modo a testar a hipótese de que a frequência do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica contribui para uma redução das crenças negativas acerca das doenças e doentes mentais e para um incremento das crenças positivas, avaliou-se o efeito do ensino clínico nas crenças através da comparação das médias das crenças, antes e depois do ensino clínico, através do teste *t* para grupos emparelhados. Procedeu-se ainda ao cálculo do poder dos testes *à posteriori* e ao cálculo da medida de tamanho do efeito (effect size).

Da observação dos resultados relativos a esta hipótese e que são apresentados no quadro 5, verifica-se que apenas nas crenças na *Incurabilidade* ($t_{(88)}= 1,395$; $p=0,166$; $PO=0,05$) e

Responsabilidade Individual ($t_{(88)}= 0,055$; $p=0,957$; $PO=0,05$) as diferenças não são estatisticamente significativas, ainda assim o poder observado dos testes é muito baixo.

Relativamente à crença no *Reconhecimento da Doença* observa-se que a diferença das médias é estatisticamente significativa ($t_{(88)}= -3,150$; $p=0,002$; $d=0,29$; $PO=0,76$), observando-se ainda um incremento, sendo de $\bar{x}=47,16$ pontos ($s=6,61$ pontos) antes do ensino clínico e depois do ensino de $\bar{x}=49,62$ pontos ($s=5,74$ pontos).

Na crença das doenças mentais como causas de estigma e discriminação, a diferença das médias também se revelou estatisticamente significativa ($t_{(88)}= 3,007$; $p=0,003$; $d=0,25$; $PO=0,65$), contudo observa-se um decréscimo nas médias dos *scores*, sendo antes da frequência do ensino clínico de $\bar{x}=20,11$ pontos ($s=4,34$ pontos) e depois do ensino de $\bar{x}=18,72$ pontos ($s=5,14$ pontos).

No que concerne às crenças na *Perigosidade e Doença como Condição Médica*, observa-se que ambas as diferenças são estatisticamente significativas ($t_{(88)}= 5,437$; $p=0,000$; $t_{(88)}= -2,315$; $p=0,023$) de antes para depois do ensino clínico. Na crença na *Perigosidade* o valor da média antes do ensino clínico é de $\bar{x}=21,73$ pontos ($s=4,87$ pontos) e depois do ensino clínico de $\bar{x}=18,61$ pontos ($s=4,70$ pontos), observando-se por isso um decréscimo, já na crença das *Doença como Condição Médica* observa-se um incremento no valor das médias, sendo antes de $\bar{x}=22,69$ pontos ($s=2,95$ pontos) e depois de $\bar{x}=23,63$ pontos ($s=3,29$ pontos).

Relativamente aos valores das medidas de effect size obtidas e poder dos testes, salienta-se que nos casos em que as diferenças de médias são estatisticamente significativas, os valores do «d» são pequenos, exceção para a crença na *Perigosidade* que aponta para um valor médio do efeito. Às análises de poder, mostram que nos casos em que as diferenças não foram estatisticamente significativas, os valores do poder são muito baixos, revelando por isso a necessidade de alguma precaução na interpretação dos resultados.

Quadro 7

Resultados do teste *t* de *student* para grupos emparelhados

Variáveis dependentes: crenças acerca dos doentes e das doenças mentais (n=89)

Dimensões:	Antes		Depois		t	p	d	PO
	\bar{x}	s	\bar{x}	s				
Incurabilidade	30,83	5,54	29,88	6,27	1,395	0,166	0,01	0,05
Reconhecimento da doença	47,16	6,61	49,62	5,74	-3,150	0,002	0,29	0,76
Doença causa Estigma e Discr.	20,11	4,34	18,72	5,14	3,007	0,003	0,25	0,65
Perigosidade	21,73	4,87	18,61	4,70	5,437	0,000	0,60	0,99
Responsabilidade Individual	15,94	3,50	15,92	3,94	0,054	0,957	0,01	0,05
Doença como Condição Médica	22,69	2,95	23,63	3,29	-2,314	0,023	0,01	0,05

Relativamente às atitudes acerca das doenças e doentes mentais, procedemos, tal como anteriormente, mas agora para as dimensões da OMIS, respeitando a ordem das questões e hipóteses apresentadas no capítulo da metodologia.

Assim, e no que concerne à questão relativa às atitudes acerca das doenças e doentes mentais manifestadas pelos estudantes de Enfermagem do 3.º ano antes de iniciar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, calcularam-se as estatísticas resumo adequadas.

Relativamente às dimensões da OMIS (quadro 6), tal como no ICDM, os erros padrão da média reduzidos em todas as dimensões mostram que a média é um bom estimador. Os valores elevados (>0,15) dos coeficientes de variação indicam que a escala, por um lado discrimina, por outro, sugere, no caso da *Benevolência* e da *Ideologia da Higiene Mental*, uma posição mais homogénea nas respostas.

No que concerne às médias das atitudes, ainda no quadro 6, observa-se que é na dimensão *Benevolência* que se obtém uma média superior ($\bar{x} = 64,69$; $s=5,98$), imediatamente seguida da dimensão *Ideologia Higiene Mental* ($\bar{x} = 39,08$; $s=4,15$) e a dimensão *Autoritarismo* ($\bar{x} = 32,22$; $s=5,31$).

A atitude cujo valor da média observada é mais baixo é a *Etiologia Interpessoal* ($\bar{x} = 17,96$; $s=4,14$).

Quadro 8

Estadísticas resumo para as dimensões da OMI (n=89)

<i>Atitudes avaliadas pela OMIS:</i>	Min.	Max.	\bar{x}	S	<i>EPM[#]</i>	<i>C_v^{##}</i>
Autoritarismo	20,00	45,00	32,22	5,31	,45	0,1648
Benevolência	50,00	81,00	64,69	5,98	,51	0,0924
Ideologia higiene mental	28,00	47,00	39,08	4,15	,35	0,1062
Restrição social	16,00	39,00	26,23	4,74	,40	0,1807
Etiologia interpessoal	8,00	28,00	17,96	4,14	,35	0,2305

[#] - erro padrão da média; *C_v^{##}* - coeficiente de variação.

Relativamente às atitudes, em função da familiaridade, recorreu-se ao teste *t* para comparar as médias em função dos estudantes estarem ou não familiarizados (contacto) com a doença mental (hipótese de contacto: as atitudes acerca das doenças e doentes mentais são diferentes consoante o nível de familiaridade com a doença mental). Como se pode observar do quadro 7, em nenhuma das atitudes, tal como no caso das crenças a diferença das médias se revelou estatisticamente significativa.

Quadro 9

Resultados da comparação das médias (teste *t* para amostras independentes) das atitudes em função da familiaridade/contacto com pessoas com diagnóstico de doença mental

Dimensões:	Familiaridade				t	p
	Sim		Não			
	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Autoritarismo	31,76	5,08	32,74	5,54	-1,098	,274
Benevolência	64,61	6,19	64,79	5,79	-,177	,860
Ideologia higiene mental	39,23	4,14	38,91	4,18	,455	,650
Restrição social	25,77	4,73	26,74	4,73	-1,215	,227
Etiologia interpessoal	17,36	4,27	18,64	3,91	-1,829	,070

Para a hipótese de que a frequência do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica contribui para uma redução das atitudes negativas acerca das doenças e doentes mentais e para um incremento das atitudes positivas, procedemos de igual forma como nas crenças, aplicando o mesmo teste.

Como se pode observar do quadro 8, à excepção da atitude de *Etiologia interpessoal* ($t_{(88)}= 0,182$; $p=0,856$), todas as diferenças das médias das atitudes se revelaram, antes e depois do ensino clínico, estatisticamente significativas, respectivamente $t_{(88)}= 2,306$; $p=0,023$ no *Autoritarismo*, $t_{(88)}= -4,447$; $p=0,000$ na atitude de *Benevolência*, $t_{(88)}= -5,024$; $p=0,000$ na atitude de *Ideologia de Higiene Mental* e $t_{(88)}= 10,868$; $p=0,000$ na atitude de *Restrição social*. Da observação das médias obtidas antes e depois do ensino clínico, verifica-se que nas atitudes de *Benevolência* e *Ideologia de Higiene Mental* existe um incremento, enquanto nas restantes se observa um decréscimo nas médias.

Quadro 10

Resultados do teste *t* de *student* para grupos emparelhados

Variáveis dependentes: atitudes dos doentes e das doenças mentais (N=89)

Dimensões da OMIS:	Antes		Depois		t	p	d	PO
	\bar{x}	s	\bar{x}	s				
Autoritarismo	32,31	5,54	30,92	6,81	2,306	0,023	0,26	0,67
Benevolência	64,83	5,76	67,94	7,50	-4,447	0,000	0,50	0,99
Ideologia higiene mental	39,37	4,33	42,16	4,93	-5,024	0,000	0,40	0,96
Restrição social	26,49	4,94	20,15	5,55	10,868	0,000	1,20	0,99
Etiologia interpessoal	18,30	4,09	18,21	5,37	0,182	0,856	0,01	0,05

A análise dos valores do tamanho do efeito obtidos revela *effect size's* pequenos no caso das atitudes de *Autoritarismo* ($d=0,26$) e *Ideologia Higiene Mental* ($d=0,40$) e médio na atitude de *Benevolência* ($d=0,50$). O valor de effect size mais acentuado observa-se na atitude de *Restrição social* ($d=1,20$), revelando que o tamanho do efeito é grande, tendo o ensino clínico um efeito substancial, mas apenas em termos estatísticos.

Procedeu-se ainda ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson e respectivo teste de significância da correlação entre as crenças e atitudes (quadro 9) antes do ensino clínico de

modo a testar a hipótese que refere que prevê *que as crenças estejam relacionadas com as atitudes acerca dos doentes e doenças mentais.*

Quadro 11

Matriz de correlações bivariadas de *Pearson* entre as dimensões das atitudes e das crenças acerca dos doentes e das doenças mentais (N=89)

	Autoritarismo	Benevolência	Ideologia	Restrição	Etiologia
Incurabilidade	,449*	-,484*	-,119	,521*	,535*
Reconhecimento da doença	-,131	,429*	,360*	-,258*	-,165
Doença causa Estigma e Discr.	,225*	-,476*	-,241*	,529*	,364*
Perigosidade	,401*	-,480*	-,181*	,545*	,412*
Responsabilidade Individual	,302*	-,288*	-,059	,179*	,407*
Doença como Condição Médica	,121	,336*	,262**	-,208*	-,025

* p<0,05

Como se pode observar da leitura do quadro, a atitude de *Autoritarismo* está correlacionada de modo linear, positivo e moderadamente a um nível estatisticamente significativos com as crenças na *Incurabilidade* ($r=0,449$; $p<0,05$), *Perigosidade* ($r=0,401$; $p<0,05$) e *Responsabilidade Individual* ($r=0,302$; $p<0,05$), sendo que os estudantes que têm uma atitude mais autoritária são aqueles cujas crenças assentam numa visão mais «pessimista» da doenças e dos doentes, especificamente como sendo perigosos, incuráveis e tendo responsabilidade pelo seu estado de saúde.

A atitude de *Benevolência* para com os doentes apresenta-se correlacionada linearmente de modo moderado, mas estatisticamente significativo com todas as crenças, sendo que no que respeita às crenças na *Incurabilidade* ($r=-0,484$; $p<0,05$), *Doença como causa de Estigma e Discriminação* ($r=-0,476$; $p<0,05$), *Perigosidade* ($r=-0,480$; $p<0,05$) e *Responsabilidade Individual* ($r=-0,288$; $p<0,05$) os valores dos coeficientes são negativos, ou seja, a atitude benevolente e de paternalismo está associada a um modo mais optimista de ver as doenças.

A *Ideologia Higiene Mental*, isto é, uma perspectiva profissional do tratamento (confiança nas intervenções dos profissionais) e que tem subjacente os doentes mentais como pessoais «normais», ou seja, uma visão que tende a resistir ao estigma tradicional, apresenta-se correlacionada de modo linear, moderado, positivo e estatisticamente significativo com a crença no *Reconhecimento da Doença* ($r=-0,360$; $p<0,05$), observando-se ainda duas

correlações lineares, baixas e estatisticamente significativas, sendo que o valor do coeficiente é negativo no caso da correlação entre esta atitude e a crença na *Doença como causa de Estigma e Discriminação* ($r=-0,241$; $p<0,05$) e positiva com a crença na *Doença como Condição Médica* ($r=-0,262$; $p<0,05$)

Relativamente à atitude de *Restrição social*, isto é, uma atitude separatista e hostil pois os doentes mentais são percebidos como um perigo para a sociedade, devendo restringir-lhes as liberdades como forma de protecção da sociedade e das próprias famílias, (estruturas e contextos de tratamento mais restritivos), apresenta-se correlacionada de modo linear, positivo, forte e estatisticamente significativo com as crenças na *Incurabilidade* ($r=0,521$; $p<0,05$), *Doença como causa de Estigma e Discriminação* ($r=0,529$; $p<0,05$) e *Perigosidade* ($r=0,545$; $p<0,05$). Salienta-se ainda dois coeficientes negativos, baixos e estatisticamente significativos com as crenças no *Reconhecimento da Doença* ($r=-0,258$; $p<0,05$) e *Doença como condição Médica* ($r=-0,208$; $p<0,05$).

A atitude que situa os problemas de saúde mental na infância (*Etiologia Interpessoal*), apresenta-se correlacionada de modo substancial, positivo e estatisticamente significativo com a crença na *Incurabilidade* ($r=0,535$; $p<0,05$), *Perigosidade* ($r=0,412$; $p<0,05$), *Responsabilidade Individual* ($r=0,407$; $p<0,05$) e, apesar de mais baixa, com a crença na *Doença como causa de Estigma e Discriminação* ($r=0,364$; $p<0,05$).

No sentido de procurar compreender melhor o efeito do ensino clínico nas crenças e atitudes procedemos à realização de análises de regressão múltipla pelo método *stepwise* aquando da 2.^a administração dos instrumentos (após ensino). Procurava-se saber quais das crenças seriam preditoras de atitudes autoritários ou benevolentes (critério).

Quando colocada a atitude de *Autoritarismo* como critério e as diferentes crenças como preditoras (quadro 10) verifica-se que o modelo 4 explica 43,3% da variância. Pode também observar-se que os preditores com maior peso do ponto de vista da percentagem de variação explicada e tendo em conta os valores e sinais dos betas (β) são as crenças na *Perigosidade* ($\beta=0,213$), *Responsabilidade Individual* ($\beta=.229$), *Incurabilidade* ($\beta=0,327$) e por último crença na *Reconhecimento da Doença* ($\beta=-0,227$).

Quadro 12

Resultados da ARM (método *stepwise*):

Preditores: crenças acerca das doenças. Critério: *Autoritarismo* (N=89)

Modelos	r ² ajustado	r ² Change
1.º - a	,269	,278
2.º - a+b	,318	,056
3.º - a+b+c	,362	,050
4.º - a+b+c+d	,406	,049
Preditores retidos no modelo 4		β
a. <i>Perigosidade</i>		,213*
b. <i>Responsabilidade individual</i>		,229*
c. <i>Incurabilidade</i>		,327*
d. <i>Reconhecimento da Doença</i>		-,227*

*p<.05

De acordo com os sinais dos *betas*, conclui-se pois que a atitude de maior *autoritarismo* é predita por maior crença na *perigosidade* dos doentes e em que os indivíduos têm maior responsabilidade pela sua condição de saúde/doença, e que crêem que as doenças são incuráveis. O reconhecimento da doença apresenta-se com sinal negativo pois as doenças mentais não são percebidas com um cunho médico.

Relativamente à 2.ª análise de regressão efectuada (quadro 11), tendo como critério a atitude de *Benevolência*, verifica-se que o modelo 2 explica 39.5% da variância. Os preditores com maior “peso” na atitude de *Benevolência*, são a crença na *Perigosidade* ($\beta=-0,535$) e *Reconhecimento da Doença* ($\beta=0,265$). Quer isto dizer que uma atitude de *benevolência*, isto é uma visão moralista, paternalista e protectora face ao doente mental é mais provável naqueles indivíduos que acreditam que os doentes não são perigosos e que reconhecem as doenças.

Quadro 13

Resultados da ARM (método *stepwise*):

Preditores: crenças acerca das doenças. Critério: *Benevolência* (N=89)

Modelos	r ² ajustado	r ² Change
1.º - a	,334	,341
2.º - a+b	,395	,068
Preditores retidos no modelo 2		β
a. <i>Perigosidade</i>		-,535*
b. <i>Reconhecimento da Doença</i>		,265*

*p<.05

Quando o critério é a *Ideologia da Higiene Mental* (quadro 12), verifica-se que o modelo 1 explica 15,8%. O único preditor a entrar para esta atitude é o *Reconhecimento da doença* ($\beta=0,409$), isto é, que aponta para uma perspectiva profissional do tratamento e que, consequentemente, expressa uma opinião do doente mental como uma pessoa normal, é predita pela crença de que a doença existe, isto é, uma visão não estigmatizante da doença mental, dado que estão associados à aceitação da doença (qualquer pessoa pode sofrer de doença mental), à crença no tratamento (a doença mental tem tratamento) e reabilitação (se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário), se o diagnóstico for atempado (a doença mental requer, logo desde o início, um tratamento adequado).

Quadro 14

Resultados da ARM (método *stepwise*):

Preditores: crenças acerca das doenças. Critério: *Ideologia da Higiene Mental* (N=89)

Modelos	r ² ajustado	r ² Change
1.º - a	,158	,188
Preditores retidos no modelo 1		β
a. <i>Reconhecimento da Doença</i>		,409*

Efectuada nova análise de regressão tendo como critério a atitude de *Restrição social*, a percentagem de variação explicada no modelo 3 é de 46.4% (quadro 13). Os preditores retidos pelo modelo são a crença na *Perigosidade* ($\beta=0,419$), *Reconhecimento da Doença* ($\beta=-0,277$) e *Incurabilidade* ($\beta=0,227$).

Quer isto dizer que uma atitude que remete para a segregação dos doentes, confinando-os ao espaço psiquiátrico, é mais provável naqueles indivíduos que acreditam que os doentes são perigosos, incuráveis, e que tendem a reconhecer a doença enquanto tal.

Quadro 15

Resultados da ARM (método *stepwise*):

Preditores: crenças acerca das doenças. Critério: *Restrição Social* (N=89)

Modelos	r ² ajustado	r ² Change
1.º - a	,380	,388
2.º - a+b	,442	,067
3.º - a+b+c	,464	,028
Preditores retidos no modelo 3		β
a. <i>Perigosidade</i>		,419*
b. <i>Reconhecimento da Doença</i>		-,277*
c. <i>Incurabilidade</i>		,227*

Por fim foi efectuada nova ARM tendo como critério as pontuações da dimensão *Etiologia Interpessoal* da OMIS (quadro 14). Como se pode observar o modelo 2 explica 31,5% da variância, tendo sido retidos dois preditores, nomeadamente a crença na *Perigosidade* ($\beta=0,478$) e o *Reconhecimento da doença* ($\beta=0,229$).

Quadro 16

Resultados da ARM (método *stepwise*):

Preditores: crenças acerca das doenças. Critério: *Etiologia Interpessoal* (N=89)

Modelos	r^2 ajustado	r^2 Change
1.º - a	,273	,281
2.º - a+b	,315	,050
Preditores retidos no modelo 2		β
a. <i>Perigosidade</i>		,478*
b. <i>Reconhecimento da Doença</i>		,229*

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo será feita a discussão dos achados mais importantes e serão apresentadas algumas implicações consideradas pertinentes para a prática da enfermagem. Serão, pois, discutidos os resultados respeitantes às questões de investigação levantadas e confrontadas com o enquadramento teórico e empírico apresentado na parte I desta dissertação.

A análise histórica permitiu-nos compreender, de forma mais profunda, o modo como a construção das doenças mentais se evidenciou ao longo dos tempos. A doença mental esteve sempre associada a uma conotação negativa que advém do valor moral negativo que lhe está associado e que contribui para a reprodução de estereótipos estigmatizantes. Neste contexto, a função atribuída à Psiquiatria foi sendo, essencialmente, a de controlo através do tratamento e da exclusão.

Actualmente, aponta-se para uma perspectiva comunitária que permita a prestação de bons cuidados de saúde na comunidade através de serviços em contextos locais fomentando, deste modo, a emancipação dos doentes.

Também as práticas de Enfermagem têm avançado de acordo com as mudanças que acontecem na sociedade e nas ciências médicas. Já na década de 1950, Hildgard Peplau introduziu o relacionamento terapêutico enfermeiro-doente como o principal instrumento da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Campos e Barros, 2000). Nas últimas décadas, os cuidados em Enfermagem contemplam já as orientações das novas políticas nacionais de Saúde Mental.

Importa salientar que este estudo resulta de um interesse particular sobre esta temática, por serem escassos os estudos de investigação nesta área com estudantes de enfermagem no nosso país e, ainda, por considerarmos que o conhecimento mais aprofundado das crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e dos doentes mentais permitirá o desenvolvimento de estratégias de ensino/aprendizagens adequadas e com impacto junto dos estudantes e futuros enfermeiros numa melhor prestação de cuidados de enfermagem ao doente mental concorrendo, no futuro, para a desmistificação de ideias pré-concebidas num contributo para uma melhoria no modelo de orientação pedagógica, em ensino clínico, na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Começaremos por proceder à enumeração de algumas limitações e especificidades relativamente aos aspectos referidos na metodologia, nomeadamente as características da amostra e população e os instrumentos de colheita de dados utilizados. Deste modo, a

ordem pela qual se encontra estruturado este capítulo referente à discussão dos resultados é a seguinte:

- População, amostra e processo de amostragem;
- Instrumentos de colheita de dados;
- Análises estatísticas efectuadas;
- Crenças relativamente aos doentes mentais;
- Atitudes perante os doentes e doenças mentais;
- Relação entre as crenças e as atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca dos doentes e doenças mentais

POPULAÇÃO, AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

Em consonância com as considerações teóricas e empíricas evidenciadas na parte I desta dissertação que apontam para o facto de, tanto a *exposição* como a *familiaridade* com a doença mental, constituírem factores relevantes a considerar nos estudos sobre esta temática, a amostragem foi realizada a partir da população acessível de estudantes do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, antes e após a realização do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Procurou-se inquirir todos os estudantes pelo que foram entregues 140 questionários aquando do primeiro dia de integração no referido ensino clínico, porém, e tendo sido solicitado ao mesmo grupo de estudantes o preenchimento do mesmo questionário no último dia do ensino clínico apenas recebemos 89 questionários sendo a taxa de recusa de participação, no segundo momento, de 36,44%. Esta taxa elevada de recusa está, provavelmente, relacionada com o facto de se solicitar o preenchimento do questionário no último dia do ensino clínico em que se observa uma redução significativa na assiduidade, contudo, este pareceu-nos o momento mais adequado para avaliar o impacto do ensino clínico nas crenças e atitudes dos estudantes acerca das doenças e dos doentes mentais por coincidir com o momento final desta experiência prática de contacto directo com pessoas com perturbações do foro mental e psiquiátrico. É ainda importante fazer referência ao facto de os estudantes se deslocarem à escola no último dia de ensino clínico para uma partilha de experiências relacionadas com as vivências no ensino clínico possibilitando, deste modo, reunir os sujeitos que constituem a amostra.

Sendo o estudo realizado apenas numa Escola de Enfermagem Portuguesa os resultados devem ser interpretados com cautela, bem como as conclusões que dele resultam, na medida em que a amostra não é representativa da população portuguesa.

Relativamente à distribuição da amostra segundo o género torna-se evidente a maioria considerável de indivíduos do género feminino (84,30%), contudo, esta disparidade não tem qualquer significado atendendo a que a Enfermagem continua a ser uma profissão exercida predominantemente por mulheres, facto este que fica demonstrado se atendermos aos dados da Ordem dos Enfermeiros (2010), relativos ao final de 2009, em que estavam inscritos em Portugal 59745 enfermeiros dos quais 48512 (81,20%) eram do género feminino e apenas 11233 (18,80%) do género masculino.

De referir, ainda, que do total dos estudantes inquiridos 60,70% já tiveram contacto ou conhecem alguma pessoa a quem foi diagnosticada uma doença mental, sendo que 51,90% se reportam a familiares e 48,19% a amigos.

A média de idades dos sujeitos inquiridos é de 21,25 anos.

Os estudantes em ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria integram-se nas práticas de Enfermagem que assentam, como salienta Sequeira (2006), num processo interpessoal no qual o enfermeiro assiste a pessoa com o objectivo de promover a Saúde Mental, prevenindo a Doença Mental, atendendo ao tratamento e reabilitação daqueles que enfrentam experiências de alteração de saúde do foro psíquico não desvalorizando que têm perante si indivíduos que são portadores de uma história de vida alicerçada em valores, crenças, culturas, projectos individuais, entre outros.

Parece-nos igualmente importante fazer referência à duração deste ensino clínico que é de 5 semanas.

O ensino clínico tem sido alvo de estudo pela comunidade académica a nível mundial, nomeadamente, no que diz respeito à quantidade e qualidade desta componente prática inserida nos currículos dos cursos de Licenciatura em Enfermagem. Para Curtis (2007) o ensino clínico deve contemplar um intervalo de tempo suficiente para que os estudantes tenham oportunidade de se sentirem plenamente integrados na unidade de cuidados.

INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Em relação aos instrumentos de colheita de dados utilizados no estudo foram anteriormente justificados os motivos que estiveram presentes na tomada de decisão.

No que concerne à OMIS (Escala de Opiniões sobre a Doença Mental) foi utilizada a versão portuguesa adaptada e traduzida por Oliveira (2005) e Loureiro (2008).

Trata-se de um instrumento construído na década de 60 do século XX para a população americana, no entanto, tem resistido às mudanças ocorridas e continua a constituir, na actualidade, um instrumento de referência no estudo das atitudes acerca dos doentes e doenças mentais sendo neste facto que recaiu a nossa decisão.

O instrumento já foi traduzido para a língua portuguesa e utilizado em estudos realizados no Brasil e, no nosso país, por Oliveira (2005) e Loureiro (2008). Contudo, não existem estudos de validade de construto rigorosos, ou porque os resultados das análises factoriais não são “confiáveis”, atendendo ao tamanho das amostras utilizadas, ou, ainda, porque esses resultados não são tornados públicos.

O ICDM (Inventário de Crenças acerca da Doença Mental), por sua vez, é um instrumento recente, constituído de raiz para a população portuguesa em 2008.

Parece relevante fazer referência ao facto dos instrumentos utilizados se terem demonstrado adequados e oportunos para a concretização dos objectivos a que nos propusemos.

ANÁLISES ESTATÍSTICAS EFECTUADAS

Neste estudo optou-se por calcular, em simultâneo com os testes de significância estatística, outras medidas, nomeadamente, análises de effect size³ e o poder dos testes.

Nas análises de effect size recorreremos ao “d” para o teste *t*, procedemos à transformação em r^2 e utilizámos como valores de interpretação os que foram propostos pelo autor.

Assim, de acordo com Cohen (1988), os valores são considerados pequenos se $0,20 < d < 0,50$; médios se $0,50 < d < 0,80$ e grandes se $d > 0,80$.

De salientar que em estudos que seguem desenhos como os quasi-experimentais, como é o caso deste estudo, com intentos de modificação de atitudes e comportamentos acerca das

³ Pode ser traduzido como o grau no qual o fenómeno está presente na população; proporção da variação explicada; tamanho do efeito sobre a hipótese alternativa.

doenças e dos doentes mentais, apresentam quase sempre effect size's muito modestos, facto que também se confirma no presente estudo.

As análises de poder dos testes foram realizadas *à posteriori* tendo sido o poder calculado com base num alpha de 0,05 para n=89. As estimativas do poder dos testes (PO) contribuíram para efectuar uma leitura atenta dos resultados, com e sem significância estatística (Cohen, 1988; Murphy, 1998).

Em relação aos pressupostos dos testes, procedeu-se à sua verificação, especialmente da normalidade, apesar de os testes utilizados serem considerados robustos. A análise efectuada reforça, pois, a validade dos dados permitindo, para a amostra, tirar conclusões robustas.

CRENÇAS RELATIVAMENTE AOS DOENTES MENTAIS

No que concerne à primeira questão de investigação que se refere às crenças dos estudantes de enfermagem antes da influência da experiência prática, neste caso, do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, constata-se pela análise das médias ponderadas que as crenças com maior expressão numérica no sentido da concordância se situam no *Reconhecimento da Doença* e na *Crença da Doença como Condição Médica* que apontam para um sentido homogéneo de respostas. Estes resultados remetem-nos para o facto de os estudantes de enfermagem exprimirem uma visão não estigmatizante da doença mental, associada à aceitação da doença e à crença no tratamento e na reabilitação se o diagnóstico for atempado.

Também no estudo realizado por Loureiro (2008), embora num contexto diferente que integra uma amostra de indivíduos da população em geral, as crenças mais valorizadas foram o *Reconhecimento da Doença* e a *Doença como Condição Médica*.

Relativamente às restantes crenças os valores apontam, de um modo geral, para a discordância, sendo mais vincada na crença da *Doença como causa de Estigma e Discriminação*, o que torna evidente que ao nível desta crença os estudantes de Enfermagem não crêem que as doenças mentais, por si só, sejam causa de estigma e discriminação.

De salientar que, com o movimento de democratização (Veroff *et al.*, 1981; Phelan *et al.*, 2000) e universalização dos doentes mentais (Shorter, 2001), tornou-se efectivo o

reconhecimento das doenças e, em especial, o facto de serem reconhecidas como uma questão de ordem médica. Com as diversas campanhas de educação e sensibilização do público em geral na área da saúde mental foi aumentando também a consciencialização sobre a real frequência das perturbações mentais, bem como, das suas possibilidades de tratamento e recuperação, não descurando o facto de os avanços científicos ocorridos nas estratégias de tratamento, nomeadamente na área dos psicofármacos, resultarem, também, na possibilidade de a maioria dos indivíduos e famílias poderem receber ajuda.

Estes resultados são confirmados por alguns estudos (Crocetti *et al.*, 1974; Olmsted e Durham, 1976; Goerg *et al.*, 2004; Loureiro, 2008) que, contudo, também apontam para a manutenção de mitos vinculados por crenças na perigosidade e incurabilidade das pessoas com doenças mentais.

O relatório da OMS (2001) adverte, de igual modo, para o facto de os mitos acerca da doença mental e a estigmatização da pessoa com doença mental continuarem a persistir, salientando mesmo, que as mais importantes barreiras a ultrapassar na comunidade são o estigma e a discriminação. De facto, apesar de ter aumentado o nível de informação e sensibilização da opinião pública ainda é notória a permanência de estereótipos negativos acerca das doenças e dos doentes mentais que, de certo modo são potenciados pela concentração da opinião pública em episódios negativos que tendem a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade em geral, contribuindo para a criação de categorias e estereótipos que, por seu lado, estão na origem dos processos de categorização e de discriminação social. Deste modo, a comunicação social poderá estar a contribuir para o reforço dessa visão distorcida da doença mental.

É importante reforçar que os resultados obtidos no nosso estudo podem, de alguma forma, ser explicados pelo facto dos estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem já terem adquirido conhecimentos teóricos sobre esta temática na unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria leccionada no 2º ano e que, poderão ter contribuído para uma visão menos estigmatizante em relação às doenças e doentes mentais, ainda assim, os estereótipos da perigosidade, incurabilidade e responsabilidade individual são acentuados.

Relativamente aos resultados das crenças em função do nível de contacto/familiaridade com a doença mental (hipótese de investigação: as crenças acerca das doenças e dos doentes mentais são diferentes consoante o nível de familiaridade com a doença mental), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Apesar de serem conhecidos vários estudos que comprovam que o conhecimento e a experiência com a doença mental se apresentaram como um factor positivo (Link e Cullen, 1986; Holmes *et al.*, 1999; Penn *et al.*, 1999; Corrigan *et al.*, 2001;2002; Angermeyer *et al.*, 2004; Corrigan *et al.*, 2005), este facto não ficou comprovado no nosso estudo. Resultados semelhantes foram obtidos num estudo recente realizado por Loureiro (2008) em que factores como a exposição e nível de contacto/familiaridade com a doença mental não se apresentaram como condição capaz de influenciar substancialmente as crenças perante a doença mental, entendendo o *nível de contacto/familiaridade com a doença mental* como correspondendo às procedências de conhecimento sobre as doenças mentais e os doentes mentais que englobam o contacto com um familiar ou um amigo que tenha uma doença diagnosticada, as visitas a hospitais psiquiátricos ou conhecimento obtido através dos media (jornais, revistas, programas televisivos, filmes).

Pensamos que no nosso estudo as crenças acerca das doenças e dos doentes mentais não diferem consoante o nível de familiaridade com a doença mental, talvez porque o simples contacto sem a prática reflectida não seja suficiente para introduzir/provocar mudanças, sobretudo ao nível cognitivo, pelo que apontamos para a necessidade de rever os currículos dos cursos de Licenciatura em Enfermagem no sentido de promover formas eficazes de privilegiar outras formas de actuação que confrontem os estudantes com informações credíveis que desconfirmem o estereotipo corrente, através da reflexão constante no sentido de promover a mudança ao nível dos processos cognitivos individuais já que o simples facto de se conhecerem pessoas com doença mental não parece constituir, por si só, um factor impulsionador na mudança ao nível das crenças acerca das doenças e dos doentes mentais.

No que concerne à influência da formação prática (hipótese de investigação: a frequência do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria contribui para uma redução das crenças negativas acerca das doenças e doentes mentais e para um incremento das crenças positivas), verificou-se que apenas nas crenças na *Incurabilidade* e *Responsabilidade Individual* não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, contudo, o poder observado dos testes é muito baixo.

Do estudo da influência da frequência do ensino clínico nas crenças relativamente aos doentes mentais verificou-se, de facto, um decréscimo das crenças negativas, isto é, na crença da *Doença como causa de Estigma e Discriminação* e na *Perigosidade* e um

incremento das crenças positivas, no *Reconhecimento da Doença e a Doença como Condição Médica*.

São vários os estudos, que já foram mencionados anteriormente, em que a formação influenciou positivamente os estudantes relativamente às crenças discriminatórias (Wes Shera e Delva-Tauiiili, 1996; Penn *et al.*, 1999; Corrigan *et al.*, 2001 Madianos *et al.*, 2005), concluindo que as crenças relativas à imprevisibilidade e perigosidade associadas ao doente mental se revelaram menos intensas, logo, menos estigmatizantes. O modelo proposto por Corrigan *et al.* (2001) aponta, também, no sentido da crença na *Perigosidade* das pessoas com doenças mentais diminuir substancialmente com o nível de contacto.

Os resultados do nosso estudo vão, deste modo, ao encontro do que é reforçado por Corrigan e Penn (1999) quando salientam que as estratégias educacionais têm resultados mais positivos quando associados ao contacto directo com os indivíduos portadores de doença mental. Estes estudantes, que frequentam o 3º ano do curso de licenciatura, quando iniciaram o ensino clínico eram já possuidores de conhecimentos importantes que foram leccionados na disciplina teórica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. No caso da doença mental, o contacto directo constitui-se como particularmente importante para que o sujeito (sem doença mental) perceba o indivíduo portador da doença mental como uma pessoa real (Corrigan *et al.*, 2005; Markström *et al.*, 2009), afigurando-se como a estratégia que tem mostrado mais eficácia na diminuição das crenças estigmatizantes. Corrigan *et al.* (2002) reforçam mesmo que associação da educação com o contacto com as pessoas com doença mental provou ser a estratégia mais eficiente, que produz efeitos a mais longo prazo.

Torna-se importante focar aqui o papel do docente, como orientador pedagógico, que possibilita momentos de reflexão partilhada que permite a avaliação constante das crenças dos estudantes enquanto sujeitos num processo de construção da identidade profissional e, o facto de nos locais de ensino clínico, os profissionais de saúde que contactam regularmente com pessoas com doenças mentais e, em particular os enfermeiros, como grupo maioritário do SNS e parte integrante da equipa multiprofissional, também se poderem constituir como elementos preponderantes na modificação das crenças acerca das doenças e dos doentes mentais dos estudantes que supervisionam. Neste seguimento, Mullen e Murray (2002) focalizam a influência dos enfermeiros supervisores como modelo de referência no ensino clínico.

O papel do supervisor consiste, pois, em acompanhar o estudante ou grupo, no sentido de incentivar, dialogar, esclarecer e encaminhar para uma meta previamente determinada (Carvalho, 2003), sendo que, é importante ter em conta que para propiciar aos estudantes

um ambiente facilitador da aprendizagem e uma supervisão centrada no indivíduo (estudante) é fundamental que a comunicação entre os intervenientes seja aperfeiçoada dando primazia aos momentos de reflexão. Para tal, e segundo a premissa de que o ensino clínico deve ser incitador de mudanças, devem ser valorizadas as capacidades dos docentes e enfermeiros cooperantes na supervisão dos estudantes de Enfermagem.

ATITUDES PERANTE OS DOENTES E DOENÇAS MENTAIS

Relativamente às atitudes dos estudantes acerca das doenças e doentes mentais manifestadas antes de iniciar o ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, observa-se que é na dimensão *Benevolência* que se obtém uma média superior, seguida imediatamente pela dimensão *Ideologia da Higiene Mental*, o que indicia níveis de tolerância e sensibilidade sociais em relação a estes problemas. Fisher e Turner (1970) e Leong e Zachar (1999) advertem, contudo, que apesar das atitudes positivas constituírem o melhor indicador para o comportamento de ajuda profissional, não se apresentam como um indicador de um comportamento pró-activo da sociedade para com estes doentes (Angermeyer, 2004). O que parece estar a acontecer é que as populações, depositárias de maior informação, apresentam uma maior tolerância e aceitação das pessoas com doenças mentais (Olmsted & Durham, 1976; Phelan *et al.*, 2000; Goerg *et al.*, 2004; Gordon *et al.*, 2004). De facto, os estudos testemunham que um melhor conhecimento sobre as doenças mentais torna as pessoas menos propensas ao estigma e à discriminação (Corrigan *et al.*, 2001; Corrigan & Watson, 2002; Corrigan & O'Shaughnessy, 2007) sendo que, de acordo com Corrigan (2004), a estratégia que se tem revelado mais eficaz, consiste no esclarecimento dos conceitos de saúde mental e doença mental e sobre os mitos (incurabilidade, perigosidade, incapacidade, perda de direitos) que estão associados a estas doenças e que constituem uma herança de muitos séculos que está fortemente enraizada nas nossas culturas.

A dimensão *Ideologia da Higiene Mental* que indicia uma atitude positiva da doença mental, apresenta-se directamente relacionada com a confiança na eficácia das intervenções dos profissionais especializados em saúde mental. Por seu lado, a dimensão *Benevolência* surge associada a uma postura encorajadora do processo do tratamento, integrando uma visão simpática e protectora dos indivíduos com doenças mentais, numa perspectiva fundamentalmente humanista, moralista e paternalista. Contudo, de acordo

com os pressupostos de Cohen & Struening (1962), esta visão humanista pode integrar o medo e o receio associados ao contacto com as pessoas com doenças mentais que, por sua vez, podem constituir-se como uma motivação para atitudes de autoritarismo e, mesmo de restrição social.

O *Autoritarismo* aparece, neste estudo, como a terceira dimensão mais importante referida pelos estudantes, seguida da dimensão *Restrição Social* que apontam para uma atitude mais negativa.

Perante estes resultados parece razoável que nos questionemos se o facto de ainda se verificar alguma preponderância de atitudes pouco favoráveis dos estudantes de enfermagem face às pessoas com doenças mentais, isto é, autoritárias e restritivas, não poderão, de algum modo, estar relacionadas com a ausência de experiência clínica e ao facto dos conhecimentos teóricos serem ainda pouco consistentes. Contudo, vale ainda a pena reflectir no predomínio de atitudes positivas evidenciadas pelos estudantes, sem qualquer experiência clínica, mas que já tinham frequentado a componente teórica do módulo de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria o que parece ir ao encontro do que salientam Happell *et al.* (2008) quando mencionam que a duração e o tipo de formação teórica relativamente à área da Saúde Mental têm sido referidos como tendo um papel importante nas atitudes dos estudantes. Neste sentido, Henderson *et al.* (2007) recordam que os estudos realizados apontam para a importância crucial do papel da formação, nomeadamente, a teoria ensinada em sala de aula, nas aptidões e atitudes dos futuros enfermeiros no atendimento às pessoas portadoras de distúrbios mentais.

Surgenor *et al.* (2005) reforçam que as atitudes dos estudantes de enfermagem face à doença mental e à Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria são geralmente positivas.

A dimensão *Etiologia interpessoal* foi aquela em que se obteve um valor médio mais baixo revelando que os estudantes não têm tendência a considerar que a doença mental é resultante de experiências interpessoais de má qualidade, sobretudo, vividas durante a infância.

Relativamente aos resultados das atitudes em função do nível de contacto/familiaridade com a doença mental (hipótese de investigação: as atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais são diferentes consoante o nível de familiaridade com a doença mental), tal como no caso das crenças, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Resultados análogos foram obtidos por Francisco (2010), em que se observou que conhecer alguém com doença mental também não produziu alterações significativas nas atitudes dos estudantes pelo que se infere que a convivência com pessoas com doenças

mentais, sendo elas amigas ou familiares, por si só não parece constituir uma condição suficiente para produzir alterações significativas ao nível das atitudes revelando que o convívio não implica, de forma isolada, uma reflexão estruturada sobre estes aspectos que contudo, devem ser privilegiados nas situações de ensino prático orientado.

Embora o desenho de investigação e os objectivos do estudo não sejam comparáveis com os estudos efectuados por Gaertner *et al.*, (1996) e Reinke *et al.*, (2004), estes mostram que o nível de familiaridade com a doença mental tem um efeito potencial na mudança de atitudes.

No estudo concebido por Loureiro (2008) encontraram-se diferenças significativas relativamente ao efeito do nível de *contacto/familiaridade* nas atitudes, ainda que o efeito explicativo seja considerado muito baixo.

Atendendo ao que é mencionado no Relatório da OMS (2001) que salienta serem raras as famílias que são poupadas aos transtornos mentais, que se revelam comuns e causadores de graves incapacitações que, por sua vez, obrigam a uma crescente procura de serviços especializados, não parece que essa procura seja, de facto, potenciada pelo nível de contacto/familiaridade (Loureiro, 2008). Contudo, Corrigan *et al.* (2001) defendem que a abordagem à mudança social implica a intensificação da familiaridade do público com as pessoas com experiência de doença mental como forma de combater o estigma e a discriminação.

No que diz respeito à influência da formação prática (hipótese de investigação: a frequência do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria contribui para uma redução das atitudes negativas acerca das doenças e doentes mentais e para um incremento das atitudes positivas), verificou-se que todas as diferenças das médias das atitudes se revelaram, antes e depois do ensino clínico, estatisticamente significativas.

Da observação das médias obtidas antes e depois do ensino clínico constata-se, pois, uma redução ao nível das atitudes negativas, no *Autoritarismo* e na *Restrição Social* (em que o doente mental surge como uma pessoa perigosa para a sociedade implicando que a sua liberdade seja condicionada) e, um incremento nas atitudes positivas, *Benevolência* e *Ideologia da Higiene Mental* (que é entendida como uma perspectiva que oferece resistência ao estigma).

Os resultados deste estudo pronunciam, pois, que a formação prática – ensino clínico, contribui para uma perspectiva mais positiva em relação às atitudes dos estudantes acerca das doenças e dos doentes mentais.

Resultados semelhantes foram obtidos por Emrich *et al.* (2003) em que ficou demonstrado que a interacção directa com pessoas portadoras de doenças mentais afectou positivamente e de forma significativa as atitudes dos estudantes de enfermagem relativamente às pessoas com doenças mentais.

Pedrao *et al.* (2003), num estudo semelhante em que comparavam as atitudes dos estudantes de Enfermagem face à doença mental, no 1º semestre do curso de Licenciatura e no último semestre, utilizaram a Escala de Atitudes (ODM) que, como já foi referido, analisa sete factores: *Autoritarismo*, *Benevolência*, *Ideologia da Higiene mental*, *Restrição social*, *Etiologia interpessoal*, *Etiologia de esforço mental* e *Visão minoritária* e, como principais resultados verificaram que os estudantes que estavam a iniciar a formação académica apresentavam valores médios mais elevados nas dimensões *Autoritarismo* e *Restrição social* em comparação com os estudantes que estavam na fase final do curso. Deste modo, os estudantes do 1º semestre, ao expressarem atitudes mais autoritárias e restritivas, acreditam na necessidade de manter as pessoas com doenças mentais isoladas da sociedade e, sob vigilância, devido ao risco de perigosidade. Acreditam, ainda, que as pessoas com doenças mentais podem contaminar a família e a sociedade, pelo que, a restrição dos direitos pessoais e sociais devem manter-se mesmo após a hospitalização (Pedrao *et al.*, 2003). Perante estes resultados concluíram, então que a formação académica em enfermagem implicou uma mudança nas atitudes dos estudantes, concretamente, na redução de atitudes consideradas negativas.

No estudo que Madianos *et al.* (2005) efectuaram, com a intenção de demonstrar a importância da formação académica na mudança de atitudes dos estudantes de enfermagem em relação às doenças e doentes mentais, antes e após a conclusão da unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que integrava 40 horas de formação teórica e 90 horas de ensino clínico, concluiu-se que a formação influenciou positivamente as atitudes dos estudantes, verificando-se, por um lado, uma redução do autoritarismo e, por outro, uma visão mais positiva acerca da integração social, numa perspectiva mais humanitária na integração destes sujeitos na comunidade. Deste modo, também apontam a experiência proporcionada pelo ensino clínico, no contacto directo com as pessoas com doenças mentais como impulsionadora de atitudes mais positivas.

De acordo com o estudo de Henderson *et al.* (2007), tanto a componente teórica como a componente prática constituem momentos de excelência para proporcionar aumento de conhecimentos, aquisição de competências e melhorar as atitudes dos estudantes no acto de cuidar de pessoas com doenças mentais. Reforçam, ainda, a importância do ensino clínico como sendo altamente influente na aquisição dessas competências. Deste modo, pode-se

afirmar que o ensino clínico contribui para a socialização do estudante num processo complexo que permite desenvolver conhecimentos e facilitar um ambiente propício ao desenvolvimento de valores.

Também Markstrom *et al.* (2009), num estudo com objectivos semelhantes, concluíram que o ensino clínico, incluído nos programas universitários, que integrava estudantes de Enfermagem, Terapia Ocupacional e Medicina, promove uma mudança nas atitudes, no sentido da estigmatização que, na opinião dos autores, será devido à interacção com os indivíduos com doença mental e, ainda, reforçada pela experiência dos docentes. Carvalhal (2003) justifica que o ensino clínico é considerado como o cerne da formação em enfermagem e que o docente, como elemento essencial neste processo, pode agir como catalisador de mudança promovendo capacidades de autonomia nos estudantes, num contexto de espírito de pesquisa, de análise e de reflexão.

Atendendo a que o estudante deve desenvolver competências que lhe permitam uma decisão facilitada, uma percepção positiva de si e uma crescente segurança nas atitudes e comportamentos (Abreu, 2007) é importante que se estabeleça uma parceria entre docentes e enfermeiros cooperantes de maneira a estarem presentes, de modo constante e continuado, no processo de ensino/aprendizagem (Simões *et al.*, 2006).

É de realçar, igualmente, os resultados dos estudos realizados por Reinke *et al.* (2004) que confirmam que o contacto a doença mental tem um efeito potencial na mudança de atitudes e, por Francisco (2010) que demonstra que a experiência em ensino clínico de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria contribui para mudar significativamente, de forma positiva, as percepções dos estudantes face às pessoas com doença mental.

Na análise dos resultados do nosso estudo torna-se, porém, importante fazer referência que os valores do tamanho do efeito obtidos revelam *effect size's* pequenos no caso das dimensões do Autoritarismo ($d=0,26$) e *Ideologia Higiene Mental* ($d=0,40$), sendo o efeito médio na atitude de *Benevolência* ($d=0,50$). O valor do *effect size* mais acentuado observa-se na atitude de *Restrição Social*, revelando que o tamanho do efeito é grande ($d=1,20$), pelo que se pode inferir que no que se refere a esta atitude, o ensino clínico tem um efeito substancial na análise realizada em termos estatísticos.

RELAÇÃO ENTRE AS CRENÇAS E AS ATITUDES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ACERCA DOS DOENTES E DOENÇAS MENTAIS

No sentido de responder à questão de investigação: *qual a relação entre crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca das doenças e doentes mentais* e testar a hipótese que refere que *prevê que as crenças estejam relacionadas com as atitudes acerca dos doentes e doenças mentais*, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* e respectivo teste de significância da correlação entre as crenças e as atitudes, tendo-se observado que a atitude de *Autoritarismo* está correlacionada de modo linear, positivo e moderadamente a um nível estatisticamente significativo com as crenças na *Incurabilidade*, *Perigosidade* e *Responsabilidade Individual*. Deste modo, percebe-se que os estudantes que apresentam uma atitude mais autoritária são aqueles cujas crenças apontam para uma visão mais «pessimista» das doenças e dos doentes mentais e, consequentemente, consideram as pessoas com doenças mentais como perigosos, incuráveis e, igualmente, responsáveis pelo seu estado de saúde.

Por outro lado, a atitude de *Benevolência*, apresenta-se correlacionada linearmente, de modo moderado e estatisticamente significativo com todas as crenças, sendo que, relativamente às crenças na *Incurabilidade*, *Doença como causa de Estigma e Discriminação*, *Perigosidade* e *Responsabilidade Individual*, os valores dos coeficientes são negativos o que leva a que possamos afirmar que a atitude benevolente, de carácter paternalista e moralista evidenciada pelos estudantes de enfermagem, está associada a uma perspectiva mais «optimista» de percepcionar as doenças e os doentes mentais.

No que concerne à *Ideologia da Higiene Mental*, que assenta na confiança nas intervenções dos profissionais e do tratamento e que tem subjacente que os doentes mentais são pessoas «normais», numa perspectiva que tende a resistir ao estigma tradicional, apresenta-se correlacionada de modo linear, moderado, positivo e estatisticamente significativo com a crença no *Reconhecimento da Doença*, contudo, observa-se, ainda, duas correlações lineares, baixas e estatisticamente significativas sendo que o valor do coeficiente é negativo no caso da correlação com a crença na *Doença como causa de Estigma e Discriminação* e positiva na crença na *Doença como Condição Médica*. Deste modo, os estudantes que acreditam na perspectiva profissional do tratamento da doença mental aceitam que qualquer pessoa pode sofrer de uma doença mental que, no entanto, tem tratamento e possibilidade de reabilitação se os doentes viverem no ambiente familiar e comunitário e se o diagnóstico for atempado, atendendo a que a doença mental requer, logo

desde o início, um tratamento ajustado, não devendo, pois ser sujeitas a mecanismos de discriminação.

Reportando-nos à atitude de *Restrição Social* que percepciona os indivíduos com perturbações mentais como constituindo um perigo para a sociedade e que, atendendo a esse facto, devem ver restringida a sua liberdade como forma de assegurar a protecção da sociedade, apresenta-se correlacionada de modo linear, positivo, forte e estatisticamente significativo com as crenças na *Incurabilidade, Doença como causa de Estigma e Discriminação e Perigosidade*, ou seja, com as crenças de cunho negativo.

É de ressaltar que durante vários séculos, devido às dificuldades em compreender e apoiar as pessoas com doenças mentais, os grandes hospitais psiquiátricos que isolavam as pessoas com doença mental das suas comunidades e das suas redes sociais, constituíam as soluções mais frequentes como forma de proteger as populações destes doentes acreditando no seu grande potencial de violência e perigosidade. Não acreditando na possibilidade de cura e reabilitação destes doentes eles eram, pois, alvo de discriminação. O mito na incurabilidade que teve origem em épocas em que não se conhecia nenhum tratamento para as doenças mentais, apesar de atenuado devido à descoberta dos psicofármacos e de novos métodos psicoterapêuticos e psicossociais ainda hoje prevalece associado à ideia que a doença mental é para toda a vida.

Por último, a Etiologia Interpessoal, que se apresenta como uma atitude que situa os problemas da saúde mental na infância, apresenta-se correlacionada de modo substancial, positivo e estatisticamente significativo com a crença na *Incurabilidade, Perigosidade e Responsabilidade Individual*. Apresenta-se ainda correlacionada, apesar de modo mais baixo, com a crença na *Doença como causa de Estigma e Discriminação*. Assim os estudantes que relacionam as doenças mentais com os problemas da infância são os que acreditam que as doenças mentais são cíclicas, isto é, voltam de tempos a tempos, que os medicamentos criam uma dependência nestes doentes mas apresentam-se necessários no controlo da doença, que apresenta potencial de perigosidade, indicando igualmente a incapacidade para a realização de tarefas com alguma responsabilidade pela redução ao nível das competências sociais e da responsabilidade face à família. Consideram, ainda, os doentes responsáveis pela sua própria saúde/doença.

De molde a compreender melhor o efeito do ensino clínico de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria nas crenças e nas atitudes dos estudantes de enfermagem procedeu-se à realização da análises de regressão múltipla pelo método *stepwise*, no momento após a

realização do referido ensino clínico, no sentido de procurar saber quais seriam as crenças que se apresentavam como preditoras de atitudes autoritárias ou benevolentes.

Deste modo, relativamente às atitudes de *Autoritarismo* e *Restrição Social* observa-se que os preditores de maior peso são as crenças na *Perigosidade*, *Responsabilidade Individual* e *Incurabilidade* concluindo-se que a atitude de maior autoritarismo e restrição de direitos pessoais e sociais é predita por uma maior crença na perigosidade dos doentes e em que os indivíduos têm maior responsabilidade pela sua condição de saúde/doença, considerando, ainda, que as doenças mentais são incuráveis.

Também no estudo realizado por Loureiro (2008), as atitudes de maior autoritarismo e restrição social são, tal como no nosso estudo, preditas por maior crença na perigosidade dos doentes, tendência para não reconhecer a doença como condição médica e a responsabilizar os indivíduos pela sua condição de saúde/doença.

Quanto à atitude de *Benevolência* verifica-se que os preditores de maior peso são a crença na *Perigosidade*, com sinal negativo, e no *Reconhecimento da Doença* o que induz à conclusão de que esta atitude que assenta numa visão paternalista, moralista e protectora face às pessoas que possuem doenças mentais ocorre com maior probabilidade no indivíduos que acreditam que estas pessoas não são perigosas e que reconhecem estas doenças como condição médica. Resultados que vão ao encontro do estudo levado a cabo por Loureiro (2008) em que o preditor que se revela com maior contributo para uma atitude de maior benevolência é o *Reconhecimento da Doença*.

O único preditor a entrar quando a atitude é a *Ideologia da Higiene Mental* é a crença no *Reconhecimento da Doença* que tem em conta uma perspectiva profissional do tratamento e, conseqüentemente, reconhece o doente mental como uma pessoa normal, numa visão claramente não estigmatizante da doença mental, reconhecendo o seu cunho médico.

Se detivermos a atenção naqueles que são os preditores com maior contributo para a atitude de *Etiologia Interpessoal* temos a crença na *Perigosidade* e no *Reconhecimento da doença*, esta última, com sinal negativo. Deste modo, a atitude que sugere que a doença mental é resultante de más experiências vivenciadas na infância, parece ocorrer com maior probabilidade nos indivíduos que crêem que os doentes mentais são perigosos, não reconhecendo a doença mental como uma condição clínica.

CONCLUSÃO

A Assembleia-geral das Nações Unidas adoptou, em 1991, os princípios para a protecção das pessoas com doenças mentais e a melhoria dos cuidados de saúde dando realce aos cuidados na comunidade e aos direitos das pessoas com perturbações mentais.

Reconhece-se, hoje, que podem ser perpetuadas violações dos direitos humanos tanto pela falta de atenção para com o doente por causa da discriminação, incúria e falta de acesso aos serviços, como por intervenções restritivas e regressivas.

No âmbito das actividades desenvolvidas pela OMS durante o ano de 2001, que foi dedicado à discussão do tema da Saúde Mental, foi elaborado um Relatório Mundial de Saúde que traz uma contribuição importante para o aprofundamento do conhecimento deste campo relevante da saúde.

Na realidade muitos sofrem em silêncio, sofrimento este que marca fronteiras com o estigma, a vergonha e a exclusão.

A OMS procura despertar a consciência do público e dos profissionais para a real essência das perturbações mentais e os seus custos em termos humanos, sociais e económicos. Empenha-se em ajudar a derrubar muitas barreiras existentes e define recomendações que cada país deve adaptar de acordo com as suas necessidades e recursos.

No âmbito do determinado pela OMS é pertinente citar Milheiro (1999, p.81):

A vertente mental da saúde pública é o futuro cada vez mais próximo e mais necessário, no estado actual das coisas da civilização. (...) no cotejo e intercâmbio da nossa circunstância, do que somos e fazemos, muita operacionalidade pode tomar corpo e muitas atitudes e caminhos se podem corrigir e alcançar.

É evidente que as organizações de utentes de todo o mundo querem que as suas vozes sejam ouvidas e consideradas na tomada de decisões sobre as suas vidas. As pessoas diagnosticadas com doenças mentais têm o direito de se fazerem ouvir nas discussões sobre políticas e práticas de saúde mental que envolvem profissionais, familiares, legisladores e líderes de opinião.

Neste processo de “passagem dos cuidados passivos para os cuidados activos” os profissionais encaminham o apoio familiar integrando-os como parte determinante na recuperação e reintegração ao invés de reforçarem o estigma e a discriminação.

Neste seguimento subscrevemos a opinião de Lana *et al.* (2009) quando afirmam que é essencial que se recorra a um trabalho sistematizado entre doentes, famílias e a sociedade em que os profissionais de saúde se apresentem como facilitadores do processo de inclusão destas pessoas na sociedade. As medidas a implementar, centradas na pessoa que sofre, deverão, pois, passar pela participação dos doentes e familiares como exercício de cidadania plena. Assim, é imperativo que se desenvolvam intervenções a grupos específicos que podem deter influência no sentido de actuar positivamente nas crenças relativas às doenças mentais e mudar as atitudes perante as pessoas com doenças mentais. Os estudantes de enfermagem, como futuros profissionais de saúde, parecem constituir um grupo importante capaz de assumir um papel preponderante neste processo pelo que as estratégias de ensino/aprendizagem devem contemplar conteúdos e oportunidades de experiências práticas em contexto de ensino clínico capazes de desmistificar ideias pré-concebidas em que são privilegiados momentos de reflexão estruturada na presença do docente.

É imperativo acabar com os mitos e recorrer a estratégias baseadas na evidência.

O estigma face à doença mental afigura-se como um fenómeno complexo que merece especial atenção da sociedade científica e académica.

Tendo em conta que o ambiente académico é essencial não só para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências ele também se pode constituir como um espaço de excelência para promover atitudes anti-estigma (Ay *et al.* 2006). Neste sentido, este estudo pretendeu avaliar as crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem e o efeito do ensino clínico de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria nessas crenças e atitudes. Assim, partindo dos objectivos traçados para esta investigação apresentaremos de forma sintética as conclusões que consideramos mais relevantes e pertinentes. Deste modo:

- Constata-se um reconhecimento e consciencialização para a natureza das doenças mentais e do seu cunho médico que são visíveis pelas crenças e atitudes que denunciam uma maior aceitação e tolerância ainda que não sejam de desvalorizar os mitos na incurabilidade, na perigosidade e na imprevisibilidade dos doentes mentais;
- Na relação com os doentes e doenças mentais a exposição e o contacto/familiaridade não produziram diferenças estatisticamente significativas, mantendo-se as crenças dominantes. Muitas destas questões têm a sua génese na explicação do comportamento dos outros, especificamente nas explicações disposicionais ou situacionais para as doenças mentais, isto é, quando atribuímos a

acções das pessoas às suas características pessoais, motivos e intenções próprias a explicação para o comportamento recai sobre traços de personalidade: «nasceu assim», «é assim porque quer» ou, quando atribuímos as acções das pessoas aos factores situacionais e às pressões ambientais externas (local onde vive, família em que cresceu, ...);

- O ensino Clínico de ESMP promove uma mudança nas crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem, ainda assim esse efeito é modesto, o que indicia a necessidade de privilegiar nos currículos conteúdos que aumentem a literacia no domínio da saúde mental;
- É na necessidade de reintegrar socialmente os doentes, diminuído por isso a atitude de restrição social que essa mudança é mais vincada, um efeito positivo do ensino clínico que indicia que a exposição e experiência com a prática da Enfermagem psiquiátrica aumenta a consciência da necessidade de garantir direitos e liberdades dos doentes, condizente com aqueles que são os valores e princípios do PNSM: 2007-2016;
- As atitudes mais autoritárias e dogmáticas aparecem sobretudo como resultado de estereótipos centrados em crenças negativas acerca das doenças e dos doentes mentais em contraste com as atitudes de maior benevolência que estão associadas a uma perspectiva mais «optimista» de perceber as doenças e os doentes mentais;
- Tal como na população geral, as crenças e atitudes negativas, enraizadas no universo social e cultural das populações podem continuar a acarretar prejuízo para a relação com os doentes e podem relevar-se como um factor inibidor dos comportamentos de procura de ajuda profissional especializada.

Pensamos que os resultados deste estudo trouxeram como principais contributos com implicações para a prática realçar a importância do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na contribuição para uma perspectiva mais positiva em relação às crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca dos doentes e doenças mentais. Neste âmbito será de realçar a importância do docente na orientação pedagógica dos estudantes em ensino clínico que ao proporcionar momentos importantes de reflexão estruturada poderá convergir para a construção de uma trajectória que promove uma crescente adaptação e sintonia com o contexto de trabalho desenvolvido numa cultura institucional específica que poderá melhorar os resultados no processo de ensino/aprendizagem e, consequentemente, contribuir para a mudança visível ao nível das crenças e atitudes dos futuros profissionais.

A amostra pretendeu compreender todos os estudantes do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, contudo, observou-se uma taxa considerável de recusas que constitui uma limitação importante neste estudo.

Futuros trabalhos deverão considerar não só amostras diferenciadas que integrem profissionais de Enfermagem mas, também, analisar outras variáveis, tais como, os modelos de atribuição causal, literacia, ...

Parece-nos ainda pertinente a construção de instrumentos criados de raiz para a população portuguesa com a intenção de avaliar as atitudes perante as pessoas com doenças mentais.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 45: 53-57.
- Abreu, W. (2007). formação e aprendizagem em contexto clínico. Formasau. Coimbra.
- Allpot, G. (1954). The nature of prejudice. Addison-Wesley. Cambridge.
- Alves, F. e Silva, L. (2004). Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão. Actas dos *ateliers* do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas. Acedido a 20 de Outubro de 2008 em:
http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628f725bc048_1.pdf
- Alves, M. (2008). A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no Norte de Portugal. Tese de Doutoramento em Sociologia na especialidade de Sociologia da Saúde, apresentada à Universidade Aberta.
- American Psychiatric Association (2002). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 4ª ed. (DSM-IV-TR). Lisboa: Climepsi Editores.
- Angermeyer, M. (2004). Important to investigate the dynamics of the stigma process. *HealthcarePapers*, 5 (2), 112-113.
- Antunes, L. (2004). As aspirações e trajetórias sociais dos estudantes de enfermagem e o confronto com a (futura) realidade profissional. *Actas do Vº congresso português de sociologia*. Acedido a 20 de Outubro de 2008 em
http://www.aps.pt/cms/docs_DPR4628f816Ca_1.pdf
- Argyrous, G. (2000). *Statistics for Social & Health Sciences with a Guide to SPSS*. London: Sage Publicatins Inc.
- Ay, P. *et al.* (2006) does stigma concerning mental disorders differ trough medical education? *Social Psychiatric Epidemiology*, 41: 63-67.
- Ayesteran, S. & Paez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 16: 95-124.
- Bagagem, M. (1992). Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica numa equipa de saúde à luz de novos conceitos. *Servir*: 40 (4)
- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. International Universities Press. Boston.

- Bjorkman, T. *et al.* (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal Caring Science*, 22:170-177.
- Byrne, P. (1997). Psychiatric stigma, past, passing and to come. *Journal of the royal society of medicine*, 90:618-620.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6: 63-72.
- Camacho, A.; Santo, F. (2001). Refletindo sobre o cuidar e o ensinar em enfermagem. Versão electrónica). *Rev. Latino-am.enfermagem*, 9 (1): 13-17.
- Campos, C.; Barros, S. (2000). Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem de saúde mental. *Revista Esc. Enf. USP*, 34 (3): 271-276.
- Carapinheiro, G (1998). *Saberes e Poderes no Hospital: uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Afrontamento. Porto.
- Cardoso, A. (2003). A receptividade à mudança e à inovação pedagógica: o professor e o contexto escolar. *Edições ASA, Perspectivas actuais/educação*: 22-33.
- Carvalho, R. (2003). Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores. Lusociência. Loures.
- Cherunbini, K. (2006). *Modelos históricos de compreensão da loucura. Da antiguidade clássica a Philippe Pinel*. Acedido em 05 de Agosto de 2008 em: <http://jus2.vol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8777>
- Cláudio, V. e Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*: 2(21): 159-174.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. e Struening, E. (1962). Opinions About Mental Illness in the personnel of two large Mental Hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64(5) 349-360.
- COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. (2005) *Livro Verde melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas. Acedido em 27 de Maio de 2008 em: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/02/livro-verde-pt.pdf>
- Community Psychiatric Nurses (2007). Attitudes changing. News update. *Mental Health Nursing*. London. 27(5):4. Acedido em 20 de Dezembro de 2007 em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1352632901&sid=9&Fmt=3&clientId=83018&RQT=309&VName=PQD>

- Cordeiro, J. (1987). *A Saúde Mental e a Vida*. 2ª edição Revista, Edições Salamandra. Lisboa.
- Corrigan, P. *et al.* (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2):187-195.
- Corrigan, P. & Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*. 54:756-776.
- Corrigan, P. *et al.* (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community of Psychology*, 28: 91-102.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59 (7): 614-625.
- Corrigan, P. *et al.* (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56 (5), 544-550.
- Corrigan, P. & O'Shaughnessy, J. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2): 90-97.
- Corrigan, P. & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1): 16-20.
- Costa, P. (2009). Crenças e representações sociais dos técnicos de saúde mental e sua influência nas actuais práticas terapêuticas. Acedido a 20 de Dezembro de 2009 em: <http://www.paulojosecosta.com/wp-content/uploads/2009/07/Cren%C3%A7as-e-Representa%C3%A7%C3%B5es-Sociais-dos-T%C3%A9cnicos-de-Sa%C3%BAde-Mental-e-sua-Influ%C3%Aancia-nas-Actuais-Pr%C3%A1ticasTerap%C3%Aauticas1.pdf>
- Costin, F. & Kerr, W. (1962). The effects of abnormal psychology course on student's attitudes toward mental illness. *Journal of Educational Psychology*, 53: 214-218.
- Crocetti, G., Spiro, H., & Siassi, I. (1974). *Contemporary attitudes toward mental illness*. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.
- Curtis, J. (2007). Working together. A joint initiative between academics and clinicians to prepare undergraduate nursing students to work in mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16:285-293.
- D'Espiney, L. (2008). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 6: 7-29. Acedido em 20 de Julho de 2009, em: <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Daniel, L. (1983). *Atitudes interpessoais em Enfermagem*. São Paulo. EPU.
- Decreto – Lei nº 161/96 de 04 de Setembro. Diário da República nº205 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Devine, P. (1989). Stereotypes and prejudice: their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56:5-18.
- Direcção – Geral da Saúde/OMS (2001). *Relatório mundial da saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1ª edição. Lisboa.
- Donahue, M. (1985). *História de la enfermeria*. Doyma. Barcelona.
- Durkheim, E. (1998). *As regras do método sociológico*. 7ª edição. Editorial Presença. Lisboa.
- Eco, U. (2005). *Como se faz uma tese em ciências humanas*. 12ª edição, Editora Presença. Barcarena.
- Emrich, K. et al. (2003). positive attitude: An essential element for effective care of people with mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11:128 – 134.
- ENCONTRAR+SE (2009). Campanha anti-estigma/Pró saúde mental. Acedido em 20 de Julho de 2009, em: http://www.encontrarse.pt/downloads/projecto_campanha_anti_estigma.pdf
- Fé, I. (1998). Doença mental e autonomia. *Revista de Bioética*. Acedido em 05 de Agosto de 2008 em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/doenmental.htm>
- Fernandes, P. e Li, L. (2006). Perception of epilepsy ‘stigma. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology* 12 (4): 207-218.
- Fiske, S. & Taylor, S. (1991). *Social Cognition*. McGraw-Hill. New York.
- Ferreira, C. (1986). Assistência social portuguesa. Apontamentos para a sua história, seus princípios e sua organização. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, 4:39-50.
- Ferreira, G. (1987). *Evolução das Instituições Psiquiátricas e Cuidados de Saúde Mental*. *Saúde Mental Hoje*. Lisboa, 1 (1): 3-7.
- Ferreira, F. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Fischer, E., & Turner, J. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 79-90.
- Fiske, S. & Taylor, S. (1991). *Social cognition*. McGraw-Hill. New York.
- Fleming, M. (1976). *Ideologias e Práticas Psiquiátricas*. Edições Afrontamento. Porto.
- Fonseca (1985). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Fonseca, A. (2001). Era da Medição de Atitudes (1920-1930). *Psicologia Social*. Acedido em 07 de Dezembro de 2007, em: <http://www.hoops.pt/psicologia/psico2.htm>

- Foucault, M (2007). *História da loucura na Idade Clássica*. 8ª edição, 1ª reimpressão, Coleção Estudos. Editora Perspectiva. São Paulo. Brasil.
- Francisco, I. (2010). Estudo da percepção dos alunos de enfermagem face à doença mental. Dissertação de Mestrado em Reabilitação Psicossocial da Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- Freitas, F.(2004). A história da psiquiatria não contada por Foucault. *Historia, ciências, Saúde – Manguinhos*, 11:75-91.
- Freitas, I. ;Borges-Andrade, J. (2004). Construção e validação de escala de crenças sobre o sistema de treinamento. [Versão electrónica]. *Estudos de Psicologia*, 9 (3): 479-488.
- Freyre, F. (2006). Entre a história no papel e o papel na história no âmbito das doenças mentais. Tese de Mestrado em Sociologia. Área de especialização em Sociologia da Saúde. Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho.
- Gaertner, S. *et al.*(1996). The contact hypothesis: The role of a common ingroup identity on reducing intergroup bias among majority and minority group members. In J. L. Nye & A. M. Brower (Eds.), *What's social about social cognition?* (pp. 230-260). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gameiro, J. (1999). *Voando sobre a psiquiatria – Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*. 2ª edição, Edições Afrontamento. Porto.
- Geovanini, T. *et al* (1995). História da enfermagem: versão e interpretações. *Revinter*. Rio de Janeiro. Brasil.
- Goerg, D., *et al.* (2004). Representations of psychiatric treatments. *Advances in Relational Mental Health*, 3 (3). Acedido em 10 de Julho de 2009] em [WWW:<URL:http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0303/2.pdf>](http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0303/2.pdf).
- Goffman, E. (1980). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Ed Guanabara Koogan, RJ Brasil.
- Gomes, A.; Oliveira, D. (2005). Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem [Versão electrónica]. *Revista Esc. Enfermagem USP*, 39 (2): 145-153.
- Gordon, P., *et al.* (2004). Attitudes regarding interpersonal relationships with mental illness and mental retardation. *Journal of Rehabilitation*, 70, 50-56.
- Graça, L. e Henriques, A.(2000). *Evolução da prática e do ensino da enfermagem em Portugal*. Acedido em 07 de Dezembro de 2007, em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos62html>.

- Happell, B. *et al.* (2008). Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students: part 2- the impact of theory and clinical experience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15: 527-536.
- Henderson, S. *et al.* (2007). Impact of theory and clinical placement on undergraduet students' mental health nursing knowledge, skills and attitudes. *International journal of Mental Health Nursing*, 16:116 – 125.
- Hirai, M., & Clum, G. (2000). Development, reliability and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22, 221-236.
- Holmes, E. *et al.* (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25: 447-456.
- Huxley, P. (1993). Location and stigma: a survey of community attitudes to mental illness: enlightenment and stigma. *Journal of Mental Health UK*, 2: 73-80.
- Ilharco, F. (2006). *Apontamentos das lições de psiquiatria. Fac-símile*. Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Jara, J. (1992). *Reconhecimento da psiquiatria*. Lilli. Lisboa.
- Jara, J. (2002). *Razão reencontrada. Psiquiatria sem estigma*. Quarteto. Coimbra.
- Johnson, S. & Orrell, M. (1995). Insight and psychosis: a social perspective. *Psychological Medicine*, 25: 515-520.
- Jorge, M. (1998). Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. *Revista psiquiatria clínica*, 25 (5). Edição especial: 233-239.
- Kirschbaum, D.; Sas, S. (2005). As contribuições das actividades práticas na transformação da visão de doente mental, elaborada por alunos concluintes do curso de graduação de enfermagem – In XIII Congresso Interno de Iniciação científica da UNICAMP (2005). *SP Caderno de Resumos*, 1:24-24.
- Lana , C. *et al* (2009). O estigma da doença mental para pacientes, familiares e a sociedade. Acedido a 02 de Junho de 2009 em: <http://www.artigonal.com/psicologia-artigos/o-estigma-da-doenca-mental-para-pacientesfamilia-e-a-sociedade-948903.html>
- Leite, F. (2009). Os efeitos do discurso publicitário contraintuitivo na (des)construção dos estereótipos sociais. *Revista Elementa*. Comunicação e Cultura. Sorocaba. 1 (1).
- Leong, F., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27, 123-132.
- Lima, M. (1997). Atitudes. *Psicologia Social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2ª edição, 167-199

- Lima, L. (2004). Atitudes: estrutura e mudança. In J. Vala, & M. Monteiro (Orgs.) *Psicologia social*. (6.ed): 187-225. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Link, B., & Cullen, F. (1983). Reconsidering the social rejection of ex-mental patients: levels of attitudinal response. *American Journal of Community of Psychology*, 11, 261-273.
- Link, B. and Cullen, F.(1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*, 27:289-303.
- Link, B. *et al.* (1991).The effectiveness of stigma coping orientations. Can negative consequences of mental illness labelling be avoid. *Journal of Health and social Behavior*, 32:302-320
- Loureiro, L. (2008). Representações sociais da loucura: Importância para a promoção da saúde mental. Estudo realizado numa amostra de residentes no concelho de Penacova. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Mental do Instituto Superior de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.
- Loureiro, L. *et al.* (2008). Representações sociais da loucura - uma abordagem qualitativa. *Revista Investigação em Enfermagem*. 14: 15-28.
- Machás, A. et al (2007). Perspectivas futuras para a enfermagem: a 15 anos daqui. [Versão electrónica]. *Percursos*, 2:32-35
- Markstrom *et al.* (2009). Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities – a follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today*. 29:660-665.
- Marques, A. (1996). Contributos da enfermagem psiquiátrica para a história do Hospital Sobral Cid. *Revista da Associação para o estudo, reflexão e pesquisa em psiquiatria e saúde mental*, 1, 1: 27-37.
- Marques, M. (2005). Entre a continuidade e a inovação. Ensino superior de enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de enfermagem. *Revista lusófona de educação*, 5: 153-171.
- Madianos, M. *et al.* (2005). Nursing students'attitude change toward mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, 26:169 – 385.
- Mendes, A. et al. (2002). Necessidades educacionais em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: um estudo exploratório em enfermeiros a trabalhar em serviços de psiquiatria. *Referência*, 8: 17-25.
- Mendonça, M. (2006). *Hospital Sobral Cid – das origens ao cinquentenário*. 1ª edição, Edições Minerva. Coimbra.

- Milheiro, J. (1987). *Psiquiatria na comunidade*. Saúde mental hoje, 1: 27-30.
- Milheiro, J. (1999). *Loucos são os outros*. 1ª edição, Laboratórios Bial. Porto.
- Ministério da saúde. Conselho Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal: relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.
- Moreira, P. et al. (2005). *Saúde mental. Do tratamento à prevenção*. Porto Editora. Porto.
- Moura, M. (2005). Ensino de competência e para competência na enfermagem [Versão electrónica]. *Enfermeria global*, 6:1-19.
- Mullen, A. & Murray, L. (2002). clinical placements in mental health: are clinicians doing enough for under graduate nursing's students? *International Journal of Mental Health Nursing*, 11: 61-68.
- Murphy, K. (1998). *Statistical Power Analysis – A Simple and General Model for Traditional and Modern Hypothesis Tests*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Nalli, M. (2001). Figuras da loucura em Histoire de la Folie. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), 39 – 47.
- Nogueira, M. (1990). *História da Enfermagem*. 2ª edição, Edições Salesianas. Porto.
- Nunes, L. (2007). Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos – na encruzilhada do presente. [Versão electrónica]. *Percursos*, 2:36-42.
- Oliveira, S. (2005). A Loucura no outro: Um contributo para o impacto da loucura no profissional de saúde mental. Tese de Doutoramento da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra
- Oliveira, E. (2007). Atitudes dos alunos brancos em relação a alunos negros. Tese de Mestrado em Relações Interculturais da Universidade Aberta. Porto.
- Olmsted, D. & Durhan, K. (1976). Stability of mental health attitudes: A semantic differential study. *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 35-44.
- OMS (2001). Saúde mental, nova concepção, nova esperança: Relatório sobre a Saúde no Mundo. Geneve.
- OMS (2008). Stigma: na international briefing paper, Acedido em 27 de Maio de 2008 em: http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6422Stigma_An_InternationalBriefing_Paper_274.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Projecto de Decreto-Lei que cria no âmbito da RNCCI as unidades e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Saúde Mental. Acedido a 20 de Março de 2009 em :

http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Pareceres/Projecto_de_Decreto_Lei_RNCCI-Set-08.doc

Ordem dos Enfermeiros (2010). Dados estatísticos. Acedido em 27 de Novembro de 2010 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OE_Dados_Estatisticos_2000_2009_VFinal.pdf

Pedrão, L. *et al.* (2002). Perfil dos alunos de enfermagem frente à doença mental antes da influência da instrução académica proveniente de disciplinas de área específica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, **10**:794-799.

Pedrão, L. *et al.* (2003). Atitudes frente à doença mental: estudo comparativo entre ingressantes e formandos em enfermagem. *Medicina, Ribeirão Preto*, **36**:37-44.

Pélicier, Y. (1973). *História da psiquiatria*. Publicações Europa-América. Lisboa.

Pélicier, Y. (1992). *Os caminhos da psiquiatria*. Editions Érès e Escher.

Penn, D. *et al.* (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia what sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, **20**(3):567-577.

Penn, D. *et al.* (1999). Dispelling the stigma of schizophrenia II. The impact of information on dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, **25**(3):437-446.

Penn, D. *et al.* (2004). Emotion recognition in schizophrenia: further investigation of generalized versus specific deficit models. *Journal of Abnormal Psychology*, **109**, 512-516.

Pinfold, V. *et al.* (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination. Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, **182**: 342-346.

Pinto-Foltz, M. & Logsdon, C. (2009). Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions and recommendations for nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, **23** (1): 32-40.

Phelan, J. *et al.* (2000). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*. **24**:115-126.

Pichot, P. (1983). *A Century of Psychiatry*. London.

Pichot, P. e Fernandes, B. (1984). *Um século de psiquiatria e a psiquiatria em Portugal*. Roche Farmacêutica. Lisboa.

Porter, R. (2002). *Madness: A brief history*. Oxford University Press. New York.

Póvoa, F.; Silva, M. (1997). *Evolução histórica do conceito de doença mental*. Revista de Associação para o estudo, reflexão e pesquisa em psiquiatria e saúde mental. **1**, (2): 11- 26.

- Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria: do sintoma à experiência*. Quarteto Editora. Coimbra.
- Quintas, C. *et al.* (2007). História da enfermagem: década de 80 [Versão electrónica]. *Percursos*, 2:21-23.
- Randolph, F. *et al.* (1991). Residential programs for persons with severe mental illness a nationwide survey of state-affiliated agencies. *Hospital and Community Psychiatry*, 42: 1111-1115.
- Rappaport, J. (1990). “Desinstitucionalização: *Empowerment* e inter-ajuda”, in *Análise Psicológica*, nº2 (VIII). Lisboa
- Read, J.; Harre, N.(2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of “mental patients”, *Journal of Mental Health*, 10 (2): 223-235.
- Redondo, J. e Sequeira, D. (2005). *Registos para a memória do Hospital Sobral Cid*. Multitema. Coimbra.
- Reinke, R. *et al.* (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23: 377-389.
- Rena, S. (2003). Addressing stigma: increasing public understanding of mental illness. Presented to the standing senate committee on social affairs science and technology.
- Rich, R. *et al.* (1995). Citizen participation and empowerment: the case of local hazards. *American Journal of Community Psychology*. 23 (5):657-675.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Legis Editorial, Livpsic.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – Diário da República Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril.
- Rosado, A. *et al* (2007). Pontos relevantes do percurso da enfermagem na década de 70 [Versão electrónica]. *Percursos*, 2: 18-20.
- Russiano, F. *et al* (2007) Pontos relevantes do percurso da enfermagem em Portugal: década de 90 [Versão electrónica]. *Percursos*, 2: 24-26.
- Sá-Chaves, I.; Alarcão, I. (2000). Supervisão de professores e desenvolvimento humano: uma perspectiva ecológica. In: Sá-Chaves, I. (org.) (2000). Formação, conhecimento e supervisão – contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais. *Estudos temáticos*. Universidade de Aveiro, 1:143-159.
- Santorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*. Nº 9590, **370**: 810-812. acedido em 20 de Dezembro de 2007 em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=133466682&sid=9&Fmt=4&clientld=83018&RQT=309&VName=PQD>

- Santos, A. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiatria*. Quarteto. Coimbra.
- Saraiva, C. et al (2007). Enfermagem do séc. XXI: 1ª década [Versão electrónica]. *Percursos*, 2:27-31
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica – do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. 1ª edição, Quarteto. Coimbra.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 5:69-80. Acedido em 20 de Julho de 2009, em: <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Scull, A. (1981). *Madhouse, mad doctors and madman: The social history of psychiatry in the Victorian era*. London: Athlone Press.
- Shorter, E. (2001). *História da psiquiatria: Da era do manicómio à idade do Prozac*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Silva, A. et al (2007). Florence Nightingale: biografia e influencia para a enfermagem. [Versão electrónica]. *Percursos*, 2: 4-6.
- Silva, D.; Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium – revista do ISPV*, 30:103-118.
- Silva, L. (2008). Educação do campo e pedagogia de alternância. A experiência brasileira. Texto da conferência proferida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa a 17 de Maio de 2007. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 5 105-112. Acedido em 20 de Setembro de 2008 em: <http://sisifo.fpce.ul.pt>
- Silva, V. (2002). A doença mental e a psicologia em Foucault e Freud. *cientFico* (II). Salvador.
- Simões, J. et al. (2006). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: três olhares cruzados. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 14: 3-15.
- Simões, J. et al. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Referência*, 6: 91-108.
- Skinner et al. (1992). Generalizability and specificity of the stigma associated with the mental illness label: A reconsideration twenty five years later. *Journal of Community Psychology*, 23: 3-17.
- Stuart, G. W. e Sundeen, S.J. (1992). *Enfermeria Psiquiátrica*. 1ª edição, Interamericana de espana. Madrid.
- Struening, E., & Cohen, J. (1963). Factorial invariance and other psychometric characteristics of five opinions about mental illness factors. *Educational Psychology Measure*, 23(3), 289-298.

- Surgenor, L. *et al.* (2005). Nursing student attitudes to psychiatric nursing and psychiatric disorders in New Zealand. *Journal of Mental Health Nursing*, 14 (2): 103-108.
- Teixeira, J. (2006). *Reestruturação dos serviços de saúde mental*. Editorial. Nº6 Volume 8, Novembro/Dezembro.
- Teixeira, J. e Cabral, A. (2008). Patologia psiquiátrica nos cuidados primários de saúde. *Revista portuguesa de clínica geral*, 24:567-574.
- Telles, T. *et al* (2004). Diferentes estigmas em diferentes doenças? Acedido a 27 de Março de 2009 em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/PST_524.pdf
- Terra et al. (2006). Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. *Revista Esc Anna Nery Enferm.*; 10 (4): 711 - 717.
- Thornicroft, G. *et al.* (2008). Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2 (39):1-7.
- Vala, J. e Monteiro, M. (1996). *Psicologia social*. Fundação Calouste de Gulbenkian. Lisboa.
- Veroff, J.*et al.* (1981). *Mental health in America: Patterns of helpseeking from 1957 to 1976*. Basic Books. New York.
- Vieira, P. (2007). Reflexões sobre a história da loucura de Michel Foucault. *Revista Aulas*. Acedido em 27 de Março de 2009 em <http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/24.pdf>
- Watson, A. e Corrigan, P.(2005). Challenging public stigma: a targeted approach. In Corrigan, P. (ed). *On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change*. *American Psychological Association*: Washington: 281-295.
- Wes Shera & Delva- Tauiiili, J. (1996). Changing MSW students attitudes towards the Severely mentally ill. *Community Mental Health Journal*. 32,2.
- Wallach, H. (2004). Changes in attitudes towards mental illness following exposure. *Community Mental Health Journal*, 40: 235-248.
- Whaley, A. (1997). Ethnic and racial differences in perceptions of dangerousness of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 48: 1328-1330.

ANEXO I

Autorização para a investigação

Isabel Maria de Assunção Gil
Estrada de Lógo de Deus
Rua da Fonte
3020-272 Coimbra
Tlm: 96 808 75 68

Ex.^{ma} Sra. Presidente da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coimbra 16 de Fevereiro de 2009

Assunto: Pedido de autorização de investigação – “Atitudes e Crenças dos estudantes de Enfermagem acerca das doenças mentais”

Sou estudante do Curso de Mestrado em Psiquiatria Cultural na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e docente nesta Escola e venho por este meio solicitar a V^a Excelência autorização para aplicar o questionário em anexo aos estudantes do 3^o ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Este estudo insere-se no âmbito da elaboração de uma tese de Mestrado a apresentar à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra sob orientação do Professor Doutor José Carlos Santos (Professor desta Escola) e co-orientação do Professor Doutor Manuel Quartilho.

O questionário é de auto-preenchimento e será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Os resultados são para uso exclusivo desta investigação, estando sujeitos às formas habituais de divulgação.

Pede deferimento

Isabel Maria de Assunção Gil

Isabel Gil

De: esenfc@esenfc.pt
Enviado: segunda-feira, 9 de Março de 2009 10:37
Para: igil@esenfc.pt
Assunto: Despacho a pedido de autorização -aplicação de questionários

Anexos: ATT00106.txt



ATT00106.txt (167
B)

Exma Senhora
Professora Isabel Gil,

A pedido da Senhora Presidente, informo que foi autorizado o seu pedido de aplicação de questionários aos estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Mais informo que deste despacho serão informados os coordenadores de semestre envolvidos.

Com os melhores cumprimentos.

O Secretariado,

Carla Martins

No virus found in this incoming message.

Checked by AVG - www.avg.com

Version: 8.0.237 / Virus Database: 270.11.9/1993 - Release Date: 03/10/09 07:19:00

ANEXO II

Autorização para a aplicação da ICDM e OMIS

Isabel Maria de Assunção Gil
Estrada de Lôgo de Deus
Rua da Fonte
3020-272 Coimbra
Tlm:968087568

Ex.^{mo} Sr. Professor Doutor
Luís Manuel de Jesus Loureiro
Professor Adjunto da Escola Superior
de Enfermagem de Coimbra

Coimbra 16 de Fevereiro de 2009

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação do Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM) e a versão portuguesa traduzida e adaptada da Opinions about Mental Illness Scale (OMIS)

Sendo mestranda em Psiquiatria Cultural na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e docente na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra venho por este meio solicitar a autorização para proceder à aplicação da escala ICDM e da versão portuguesa traduzida e adaptada da OMIS para a realização de um estudo que visa avaliar as crenças e atitudes dos estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem acerca das doenças e doentes mentais.

Este estudo insere-se no âmbito da elaboração de uma dissertação de Mestrado a apresentar à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra sob orientação do Professor Doutor José Carlos Santos e co-orientação do Professor Doutor Manuel Quartilho.

Os resultados são para uso exclusivo desta investigação, estando sujeitos às formas habituais de divulgação.

Pede deferimento

Isabel Maria de Assunção Gil

Autorizo a utilização

Luís Manuel de Jesus Loureiro

22 Fevereiro 2009

ANEXO III

Questionário



O questionário para cujo preenchimento pedimos a sua colaboração integra-se num estudo no âmbito da dissertação de Mestrado que estamos a realizar na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com o tema Crenças e Atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais, sob orientação do Professor Doutor José Carlos Santos e co-orientação do Professor Doutor Manuel Quartilho, destina-se exclusivamente a fins de investigação.

Em todas as respostas que lhe solicitamos será garantido o anonimato.

Responda sempre de acordo com a sua opinião pois não existem respostas correctas ou incorrectas, nem boas ou más respostas.

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

Parte I

Sexo:

Feminino

Masculino

Idade anos

Ano que frequenta _____

Já realizou o ensino Clínico em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica?

Sim

Não

Tem contacto ou conhece alguma pessoa a quem foi diagnosticada uma doença mental?

Sim

Não

Se respondeu sim, quem?

Familiar

Amigo

Parte II

Opiniões acerca da Doença Mental

(Cohen & Struning, 1962; Oliveria, 2005; Loureiro, 2008)

O questionário que apresentamos diz respeito a opiniões ou ideias acerca da doença mental. São apresentadas várias afirmações. Leia cada uma delas e a seguir assinale com uma cruz sobre o n.º que corresponde à sua opinião, para isso tem seis opções para colocar a cruz em cada afirmação que apresentamos seguidamente.

①	②	③	④	⑤	⑥
Concordo Completamente	Concordo	Concordo Moderadamente	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo completamente

1. O esgotamento nervoso é uma consequência normal nas pessoas que trabalham demasiado... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
2. A doença mental é igual a outra doença qualquer..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
3. Muitos dos doentes que estão nos hospitais psiquiátricos não são perigosos..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
4. Quando os pacientes saem dos hospitais psiquiátricos, apesar de parecerem bem, não devem ser autorizados a casar ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
5. Se os pais amassem mais os seus filhos, haveria menos doenças mentais ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
6. É fácil reconhecer alguém que já teve uma doença mental grave ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
7. Pessoas que são doentes mentais deixam que as suas emoções os controlem enquanto as pessoas normais pensam antes nas coisas ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
8. Pessoas que já foram pacientes num hospital psiquiátrico não são mais perigosas que a média dos cidadãos ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
9. Quando uma pessoa tem um problema ou uma preocupação é bom pensar nisso, mas deve-se manter ocupada com pensamentos mais agradáveis ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
10. Apesar de não se aperceberem disso, muitas pessoas tornam-se doentes mentais para evitar os problemas difíceis da vida do dia a dia ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
11. Existe algo nos doentes mentais que os torna mais fácil de distinguir das pessoas normais ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
12. Mesmo que os doentes nos hospitais psiquiátricos se comportem de forma engraçada, é errado rirmo-nos deles ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
13. Muitos dos doentes mentais têm vontade de trabalhar ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
14. Os filhos pequenos dos doentes que estão em hospitais psiquiátricos não devem ser autorizados a visitá-los ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
15. Pessoas que são bem sucedidas no seu trabalho raramente se tornam doentes mentais ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
16. As pessoas não se tornam doentes mentais se evitarem maus pensamentos ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
17. Os doentes dos hospitais psiquiátricos comportam-se em muitas alturas como crianças ... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
18. Deveria ser gasto mais dinheiro dos impostos no cuidado e tratamento de pessoas com uma doença mental grave ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
19. Um doente com problemas cardíacos só tem uma coisa errada nele, enquanto um doente mental é completamente diferente dos outros doentes ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
20. Os doentes mentais vêm de casas onde os seus pais mostraram pouco interesse pelos seus filhos ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
21. Pessoas que têm uma doença mental não devem ser tratadas no mesmo hospital com pessoas com uma doença física..... ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
22. Qualquer pessoa que se tenta curar merece o respeito dos outros ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
23. Se os nossos hospitais tivessem médicos, enfermeiros e auxiliares melhor treinados, muitos dos doentes melhoravam mais rapidamente de modo a poderem viver fora do hospital ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
24. Uma mulher será inconsciente se casar com um homem que tenha tido uma doença mental grave, mesmo que este pareça totalmente recuperado ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

①	②	③	④	⑤	⑥
Concordo Completamente	Concordo	Concordo Moderadamente	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo completamente

25. Se os filhos de doentes mentais forem criados por pais normais, eles não se tornam doentes mentais ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
26. Pessoas que forem doentes em hospitais psiquiátricos nunca mais voltarão a ser os mesmos que eram ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
27. Muitos doentes mentais são capazes de trabalhar, não obstante de eles em muitas áreas terem graves distúrbios mentais ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
28. Os nossos hospitais psiquiátricos parecem mais prisões do que lugares onde os doentes mentais podem ser tratados ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
29. Qualquer pessoa que está num hospital psiquiátrico não deve ser autorizado a votar ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
30. A doença mental de muitas pessoas é causada pela separação/divórcio dos seus pais durante a sua infância ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
31. A melhor forma de lidar com os doentes nos hospitais psiquiátricos é mantê-los atrás de portas trancadas ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
32. Tornar-se doente num hospital psiquiátrico é tornar-se um fracasso na vida ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
33. Os doentes nos hospitais psiquiátricos devem ter direito a mais privacidade ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
34. Se um doente num hospital psiquiátrico atacar alguém, deve ser punido, para não o voltar a fazer ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
35. Se os filhos de pais normais forem criados por doentes mentais, eles tornar-se-ão provavelmente doentes mentais ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
36. Todos os hospitais psiquiátricos devem ser rodeados por cercas altas e guardas ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
37. A lei deve autorizar a mulher a divorciar-se do seu marido logo que este seja internado num hospital psiquiátrico com uma doença mental grave ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
38. Pessoas que sejam incapazes de trabalhar por causa da sua doença mental devem receber dinheiro para as suas despesas ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
39. A doença mental é normalmente causada por alguma doença do sistema nervoso ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
40. Doentes com uma grave doença mental já não são completamente humanos ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
41. Muitas mulheres que em tempos foram doentes num hospital psiquiátrico podem ser confiáveis como amas ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
42. Muitos doentes nos hospitais psiquiátricos não cuidam do seu aspecto ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
43. Os professores têm maior probabilidade de se tornarem doentes mentais do que homens de negócios ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
44. Muitas pessoas que nunca foram pacientes nos hospitais psiquiátricos são mais doentes mentais do que muitos doentes mentais hospitalizados ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
45. Apesar de que alguns doentes poderem parecer bem, é perigoso esquecermo-nos por um momento que eles são doentes mentais ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
46. Por vezes a doença mental é uma punição por maus actos ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
47. Os nossos hospitais psiquiátricos devem ser organizados de forma a que o doente sinta o mais possível que está a viver como se estivesse em casa ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
48. Uma das muitas causas da doença mental é a falta de força de vontade ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
49. Existe pouco que se possa fazer pelos doentes dos hospitais psiquiátricos, excepto que eles estejam confortáveis e bem alimentados ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
50. Muitos doentes mentais devem permanecer nos hospitais até estarem bem, mesmo que as portas sejam abertas ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
51. Todos os doentes nos hospitais psiquiátricos deveriam ser impedidos de ter filhos através de uma operação sem dor ① ② ③ ④ ⑤ ⑥

	<i>Discordo completamente</i>	<i>Discordo quase completamente</i>	<i>Discordo ligeiramente</i>	<i>Concordo ligeiramente</i>	<i>Concordo quase completamente</i>	<i>Concordo completamente</i>
	1	2	3	4	5	6
26. Deve ser difícil para as pessoas com doença mental seguir regras sociais como a pontualidade, ou cumprir as promessas que fazem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Qualquer pessoa pode sofrer de doença mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Não sofrer de doença mental é uma questão de sorte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sentir-me-ia envergonhado se as pessoas soubessem que já namorei com uma pessoa a quem foi diagnosticada uma doença mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. A doença mental tem tratamento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Tenho receio de pessoas que sofrem de doenças mentais pois podem magoar-me.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tomar medicamentos ao longo da vida para a doença mental torna as pessoas dependentes desses medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Uma pessoa com doença mental tem menos capacidade para ser bom pai/mãe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Os mal entendidos sobre a doença mental fazem com que seja difícil aos doentes mentais viverem em sociedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentiria vergonha se alguém da minha família viesse a sofrer de doença mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. As pessoas que já foram tratadas para uma doença mental não deveriam casar nem ter filhos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso de cura das doenças mentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Os doentes mentais têm tendência a serem perigosos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Não acredito que uma doença mental fique curada em definitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizer ou não para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. As pessoas com doença mental têm pouca capacidade para viver sozinhas porque não conseguem assumir responsabilidades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. A maioria das pessoas não assume ser amigo de pessoas com doença mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. O comportamento de uma pessoa com doença mental é imprevisível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Apesar dos tratamentos, as doenças mentais têm pouca possibilidade de cura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Se tivesse uma doença mental, evitaria o tratamento pois sentiria vergonha dessa doença.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Não confiaria no trabalho de uma pessoa com doença mental que trabalhasse comigo (na minha equipa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Se as pessoas tiverem cuidado com elas próprias, podem evitar a doença mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada pela colaboração, Isabel Gil (2009)