

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

“CRENÇAS, OPINIÕES E ATITUDES DOS ENFERMEIROS DE SAÚDE MENTAL, FACE À  
DOENÇA PSIQUIÁTRICA.”

"BELIEFS, OPINIONS AND ATTITUDES OF MENTAL HEALTH NURSES, FACE TO PSYCHIATRIC  
DISEASE."

Dissertação de Mestrado orientada por:  
Prof. Doutor José Carlos Carvalho e  
coorientada por Prof.<sup>a</sup> Doutora Júlia Martinho

Paula Manuela de Oliveira Teixeira Soares Campos  
Porto, 2017

*“Se o sonho não tem fronteiras, as da vida, somos são quase sempre nós que no-las impomos e que temos o poder de as destruir. Transformar um pesadelo em sonho é o que nos autoriza a ser felizes. A nossa responsabilidade aumenta quando temos ao nosso alcance ajudar outros a sê-lo também”*

(Cordo, 2003)



## DEDICATÓRIAS

À Beatriz, ao Gonçalo e à Sofia, esta tese também é vossa.



## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor José Carlos Carvalho, que aceitou orientar-me. Nos momentos difíceis e críticos, quando a vontade em desistir é maior, soube motivar-me, contornando comigo barreiras difíceis de ultrapassar. Muito obrigada.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Júlia Marinho, coorientadora desta dissertação, muito obrigada pela sua preciosa ajuda.

Às instituições que autorizaram a realização deste estudo; a todos os colegas que voluntariamente participaram, muito obrigada. Sem o vosso contributo, este estudo não seria possível.

À equipa de enfermagem da USF Saúde em Família que comigo colaboraram desde o início deste meu percurso substituindo-me nas minhas ausências.

Aos colegas da UCC Castelo da Maia, que me receberam já na reta final deste meu percurso, mas assumiram a “minha causa” como sendo deles, ajudando-me em tudo que lhes foi possível.

Ao Jorge Pereira, colega de profissão, pela sua preciosa disponibilidade e colaboração em determinadas fases deste processo.

Aos meus pais e irmão, que sempre me apoiam e nunca duvidam das minhas capacidades. Sempre presentes, mesmo quando eu estou ausente. Cada um à sua maneira é a “minha rede de segurança”.

À Sofia e à Margarida, cada uma ao seu jeito, contribuí para o meu equilíbrio. Muito obrigada.

Aos meus filhos Beatriz e Gonçalo, agradeço todo o amor, carinho e dedicação que têm comigo. São o meu tesouro mais precioso. A luz ao fim do túnel.



## ABREVIATURAS

DGS - Direção Geral de Saúde

DP - desvio padrão

DPL - Dicionário Língua Portuguesa

EESM - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

EODM - Escala de Opiniões sobre Saúde Mental

WHO - World Health Organization

ICDM - Inventário de Crenças sobre Saúde Mental

M - Média

MICA - Mental Illness Clinic Attitudes

n- Amostra

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PASSE - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PRESSE - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

RAFAMIS - Representações, famílias e modelos de Intervenção em Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS - Statistic Package for Social Sciences



## INDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO	17
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEORICO	21
1 CONCEITOS	23
1.1 Saúde, Saúde Mental e Doença Mental	23
1.2 Crença, Opinião e Atitude	24
1.3 Estigma	26
1.4 Preconceito e Discriminação	29
1.5 A Problematização do Estigma na Doença Mental	31
2 ENFERMAGEM INTERVENÇÃO E AÇÃO	33
2.1 O papel da formação especializada em Saúde Mental e Psiquiatria	33
2.2 Influência das crenças individuais no cuidar o doente mental	34
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	37
3 METODOLOGIA	39
3.1 Contexto e Justificação	40
3.2 Objetivos do Estudo	41
3.3 Questões de investigação	42
3.4 Variáveis	42
3.5 População e Amostra	43
3.6 Procedimento de Colheita de Dados	44
3.7 Instrumentos de colheita de dados	46
3.8 Considerações Éticas	50
3.9 Análise e Tratamento de Dados	51
PARTE III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
4 RESULTADOS	55
4.1 Caracterização estatística da amostra	55
4.2 Resultados dos Instrumentos	61
5 DISCUSSÃO	75
5.1 Limitações do estudo	81
6 CONCLUSÃO	83
CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM	85

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 87
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO 1 - PEDIDO DE COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO 2 - INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO:</b>	<b>97</b>
Questionário socio demográfico	99
Escala de Opiniões acerca da Doença Mental	101
Inventário de Crenças sobre a doença Mental (ICDM)	102
Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4)	105
<b>ANEXO 3 - Autorizações das Comissões de Ética e dos Conselhos de administração das instituições:</b>	<b>107</b>
Hospital de Magalhães Lemos;	109
Hospital Conde Ferreira;	110
Hospital Viana do Castelo;	111
Hospital de Braga;	112
Casa de Saúde Bom Jesus de Braga;	114
Casa de Saúde São João de Deus;	115
Casa de Saúde São José;	116
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	117
Centro Hospitalar Alto Douro	118

## INDICE DE FIGURAS

		<b>Pág.</b>
Figura 1	Fluxograma da investigação	<b>39</b>
Figura 2	Área geodemográfica onde se realizou o estudo	<b>44</b>

## INDICE DE TABELAS

		pág.
Tabela 1	Distribuição da Amostra	46
Tabela 2	Consistência interna dos Instrumentos	50
Tabela 3	Idade dos Inquiridos	55
Tabela 4	Gênero, Estado Civil e Local de Trabalho	56
Tabela 5	Habilitações Literárias e Categoria Profissional	57
Tabela 6	Número de Anos na Profissão, na Prestação de Cuidados e na Categoria Profissional	58
Tabela 7	Áreas Funcionais que Desempenha	59
Tabela 8	Formação Sobre Saúde Mental/Psiquiatria	60
Tabela 9	Existência de Algum Conhecido com Doença Psiquiátrica	61
Tabela 10	Resultados Descritivos dos Domínios do ICDM	63
Tabela 11	Comparação dos Domínios do ICDM	64
Tabela 12	Resultados Descritivos dos Domínios da Escala ODM	65
Tabela 13	Comparação dos Domínios da Escala ODM	65
Tabela 14	Resultados Descritivos do MICA-4: Presença de Estigma	66
Tabela 15	Comparação dos Resultados pelo Gênero dos Inquiridos	68
Tabela 16	Comparação dos Resultados pela Frequência de Ações de Formação	69
Tabela 17	Comparação dos Resultados pela Existência de Familiares com Doença Mental	70
Tabela 18	Comparação dos Resultados pela Existência de Amigos com Doença Mental	71
Tabela 19	Comparação dos Resultados pela Existência de Colegas com Doença Mental	72
Tabela 20	Correlações da ICDM e ODM com a MICA-4	74
Tabela 21	Análise comparativa entres estudos, do instrumento de colheita de dados: EADM	78
Tabela 22	Análise comparativa entres estudos, do instrumento de colheita de dados: ICDM	79
Tabela 23	Análise comparativa entres estudos, do instrumento de colheita de dados: MICA-4	80

## RESUMO

**Introdução:** A ação do Estigma sobre este grupo de doentes tem como consequência a Discriminação nos cuidados e na vida quotidiana, priva-os do exercício de direitos como a Autonomia e a Liberdade, e exclui-os de toda e qualquer participação no plano de cuidados e projeto de vida que lhes é destinado. As questões que estão na génese deste grave problema social e de saúde, devem ser analisadas e devidamente desmistificadas, uma vez que o Estigma é alicerçado em Crenças, Opiniões e Atitudes individuais. Consequentemente, estas defesas perante a patologia e perante a opinião dos demais, atrasa a procura de ajuda, prejudicando significativamente a atividade terapêutica, a recuperação e em alguns casos a reinserção social.

**Metodologia:** A investigação com um desenho quantitativo, descritivo e correlacional. Tem como objetivo geral analisar de que forma as crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental contribuem para a redução ou aumento do estigma na doença mental e como objetivos específicos pretendemos, descrever as opiniões e atitudes que os enfermeiros apresentam face à doença mental e psiquiátrica; analisar as diferenças na formação profissional específica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, sobre crenças, opiniões e atitudes face à doença mental; comparar as opiniões e atitudes dos profissionais em função de um conjunto de características sociodemográficas. Foram utilizados como instrumentos de avaliação: questionário sociodemográfico, a Escala de Opiniões acerca da Doença Mental; o Inventário de Crenças sobre a doença Mental (ICDM),--Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4)

**Resultados e Discussão:** os resultados demonstram, é que existe pouca influência dos dados demográficos, pessoais e académicos nas crenças, opiniões e atitudes dos profissionais face à doença mental. No entanto, **parece existir uma relação entre os três instrumentos, ou seja, a opinião e as crenças dos inquiridos sobre a doença mental parece ter uma relação direta com as atitudes e com a presença de estigma.** Todavia, é de lembrar que ao longo da apresentação dos resultados se verificou que existe pouco estigma e até uma postura condescendente relativamente à doença mental, e o facto, dos scores estarem no geral equilibrados pode efetivamente conduzir a poucas oscilações dos resultados na comparação das médias por variáveis pessoais e profissionais.

### **Conclusões:**

**Os enfermeiros não são agentes estigmatizantes; a formação específica funciona com elementos protetor contra o estigma. Parece existir uma relação entre os três instrumentos, ou seja, a opinião e as crenças dos inquiridos sobre a doença mental parecem ter uma relação direta com as atitudes e com a presença de estigma.**

Existe **pouca influência dos dados demográficos**, nas crenças, opiniões e atitudes dos profissionais face à doença mental.

Considerando que, se as nossas opiniões, crenças e atitudes, condicionam os nossos comportamentos, seria importante, de uma forma adequada, trabalhar a cidadania, a

inclusão, a patologia psiquiátrica, à semelhança dos programas implementados nas escolas nas faixas etárias mais jovens.

**Palavras-chave:** Doença Mental, enfermeiros, crenças, opiniões, atitudes, estigma.

## **ABSTRAT**

**Introduction:** The Stigma action on this group of patients results in a Discrimination in terms of care and daily life, it deprive them of the exercise of rights such as Autonomy and Freedom, it also excludes them from participating in their care plan and project of life. The root causes of this serious social and health problem must be analyzed and properly demystified, since the Stigma is mainly supported by individual beliefs, opinions and attitudes. As result, defenses against the pathology and others opinions, delay the search for help, impairs significantly therapeutic activity, recovery and, in some cases, the social reintegration.

**Methodology:** Research with a quantitative, descriptive and correlational design. The general objective is to analyze how beliefs, opinions and attitudes of mental health nurses contribute to the reduction or increase of stigma in mental illness. As specific objectives, we intend to describe the opinions and attitudes that nurses present in relation to mental illness and psychiatric disorder; Analyze the differences in the specific professional training in mental health nursing and psychiatry, on beliefs, opinions and attitudes towards mental illness; Compare the opinions and attitudes of professionals according to a set of sociodemographic characteristics. The following evaluation instruments were used:

A sociodemographic questionnaire, the Opinions Scale about Mental Illness; The Mental Illness Belief Inventory (ICDM), - Mental Illness: Clinicians' Attitudes scale (MICA-4)

**Results and Discussion:** The results shown a lower influence of demographic, personal and academic data on the professionals' beliefs, opinions and attitudes towards mental illness. However, a relationship between the three instruments was observed, that is, the opinion and beliefs of respondents about mental illness seems to be directly related to attitudes and the presence of stigma. Nevertheless, it should be remembered that throughout the results presentation little stigma was found and even some condescending stance regarding mental illness was noticed. Moreover, the fact that the scores were generally balanced can effectively lead to few fluctuations in the results when comparing the averages by personal and professional variables.

**Conclusions:** Nurses are not stigmatizing agents; Specific training works as a protective element against stigma. There seems to be a relationship between the three instruments, that is, the opinion and beliefs of respondents about mental illness seem to be directly related to attitudes and the presence of stigma. There is little influence of demographic variables on the beliefs, opinions and attitudes of professionals towards mental illness. Considering that if our opinions, beliefs and attitudes are conditioning our behaviors, in future it would be important, in an appropriate way, to work on citizenship, inclusion, and psychiatry pathology, just like the programs implemented in schools in the younger age brackets.

**Key words:** Mental illness, nurses, beliefs, opinions, attitudes, stigma.



## INTRODUÇÃO

Encontramo-nos numa época de avanços tecnológicos, de descobertas científicas na área da medicina. Cada vez mais, são reconhecidos aos doentes direitos fundamentais, tais como cuidados de saúde de qualidade, a identidade, a liberdade, a autonomia e a dignidade na vida e na morte.

Sistematicamente, nos cuidados de saúde, é atribuída à prática do Cuidar, uma dimensão de cuidados em que os gestos são repetitivos, estereotipados e que, com bastante frequência, ferem a dignidade e o respeito pelos doentes. A gestão é feita com base em normas e tempos instituídos pela equipa de saúde, colocando em segundo plano os interesses dos doentes.

O debate e a reflexão em torno do Estigma, Preconceito e Discriminação dos doentes mentais, favorecem a argumentação e a análise sobre o nosso quotidiano, espaço onde se materializam as expressões estigmatizantes e de discriminação.

O Estigma e Preconceito, materializados sob diferentes formas de discriminação, é uma realidade objetiva para amplos segmentos da população. A raça, a etnia, o sexo, a orientação sexual, a doença mental, são os que, historicamente e frequentemente são alvo da intolerância e da não-aceitação da diferença

A ação do Estigma sobre este grupo de doentes tem como consequência a Discriminação nos cuidados e na vida quotidiana, priva-os no exercício de direitos como a Autonomia e a Liberdade, e exclui-os de toda e qualquer participação no plano de cuidados e projeto de vida que lhes é destinado. As questões que estão na génese deste grave problema social e de saúde, devem ser analisadas e devidamente desmistificadas, uma vez que o Estigma é alicerçado em Crenças, Opiniões e Atitudes individuais.

Para praticamente todas as pessoas que vivem em regimes democráticos constitui um dado adquirido o facto de existir o direito à igualdade na saúde, no emprego, na educação, ou na intervenção em sociedade e política. O sexo, a raça, as crenças, a religião ou a idade não devem ser limitativos de tal igualdade, no entanto, um breve olhar sobre a sociedade revela-nos a existência de atitudes e comportamentos discriminatórios sempre que estão em questão os valores socialmente implantados.

No exercício da minha atividade como enfermeira, deparo-me muitas vezes, com a dificuldade dos doentes mentais em assumirem a sua patologia, contrariamente a doentes portadores de outro tipo de patologias. Esta necessidade de ocultarem ou mesmo não assumirem, prende-se com o receio de serem rotulados, de serem discriminados. Consequentemente, estas defesas perante a patologia e perante a opinião dos demais, atrasa a procura de ajuda, prejudicando significativamente a atividade terapêutica, a

recuperação e em alguns casos a reinserção social. Não é raro, ser confrontada com a desvalorização da sintomatologia psiquiátrica, referida pelos doentes, por parte de profissionais de saúde. Ao realizar-se uma pesquisa sobre o tema, deparamo-nos com um leque bastante vasto de estudos a comprovar a existência de estigma relacionado com a doença mental, nos quais os profissionais de saúde são implicados, o que causa alguma preocupação, pelo carácter educativo e formativo bem como pelo impacto das funções desta população (profissionais de saúde) nos cuidados e intervenções que prestam à pessoa com doença mental.

Assim, senti ser pertinente, estudar a população de enfermeiros que exercem funções em serviços de psiquiatria. Perceber de que forma as suas crenças, opiniões e atitudes face à doença mental, contribuem ou não para o aumento do estigma para com os doentes psiquiátricos.

Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem de saúde Mental e Psiquiatria e é parte integrante do projeto “Representações, famílias e modelos de intervenção em saúde -

REFAMIS” que é um dos projetos da unidade pedagógica Enfermagem, Disciplina e Profissão da ESEP e tem como objetivo estudar as “opiniões - crenças” de estudantes universitários, profissionais de saúde, pacientes, famílias e público em geral sobre doenças alvo de estigma, a fim de aumentar os níveis de conhecimento e literacia em saúde, reduzindo as atitudes e as repercussões negativas e consequentemente promover comportamentos mais inclusivos que respondam às necessidades específicas destas populações.

O objetivo geral, surge com a necessidade de entender e analisar de que forma as crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental contribuem para a redução ou aumento do estigma na doença mental.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Descrever as opiniões e atitudes que os enfermeiros apresentam face à doença mental e psiquiátrica
  - Analisar as diferenças na formação profissional específica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, sobre crenças, opiniões e atitudes face à doença mental.
  - Comparar as opiniões e atitudes dos profissionais em função de um conjunto de características sociodemográficas.

As questões de investigação, que são a divisa para a abordagem desta temática, surgem no contexto do exercício profissional, tendo em consideração a qualidade e consequência dos cuidados prestados aos doentes com patologia psiquiatria, que poderão

ou não ser fundamentados por estas atitudes e opiniões dos enfermeiros, e são as seguintes:

- “Os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria manifestam atitudes estigmatizantes face à doença mental?”
- “Há diferenças nas opiniões e atitudes estigmatizantes nos enfermeiros com formação pós-graduada em saúde mental e psiquiatria?”
- “Há diferenças entre as características sociodemográficas dos participantes (idade, sexo, conhecer ou ter contato com alguém com doença mental) e as opiniões e atitudes estigmatizantes face à doença mental e psiquiátrica?”

A investigação a que nos propusemos desenvolver, obedeceu a um desenho característico de um estudo não experimental, exploratório, transversal e quantitativo.

A população em estudo é composta por enfermeiros que exercem funções nos serviços de saúde mental e psiquiatria. A amostra será não probabilística, de conveniência, composta por aproximadamente **307 enfermeiros**, tendo como disponíveis e válidos 93 questionários recolhidos em diferentes serviços e departamentos de saúde mental da região norte de Portugal.

Deste modo, a organização desta dissertação será estruturada em três partes: Enquadramento Teórico (definição de conceitos que suportam o estudo); Estudo Empírico (delimitação da metodologia); Análise e Discussão dos Resultados (apresentação e discussão dos resultados obtidos no estudo).



## PARTE I - ENQUADRAMENTO TEORICO

*“A fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema”.* (FORTIN, 2009)



## 1 - CONCEITOS

Para melhor compreendermos o fenómeno que nos propusemos a estudar, far-se-á uma abordagem teórica de cada um dos conceitos que poderão suportar o problema social como é o Estigma na doença mental.

### 1.1 - Saúde, Saúde Mental e Doença Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), **Saúde** define-se como um estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença, ou de incapacidade (WHO, 1948). A declaração introdutória da constituição da OMS que precedia a definição de saúde afirmava estes princípios como sendo básicos para a felicidade, e para as relações harmoniosas e seguras, de todos os indivíduos. Considera igualmente que a saúde de todos os povos é fundamental para que exista paz, segurança e prosperidade económica. Posteriormente, e numa revisão mais recente desta definição, afirma que a saúde é a capacidade de um indivíduo ou grupo, de se realizar nas suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e, além disso, ser capaz de modificar ou lidar com o meio envolvente. Considera a saúde como sendo a maior dimensão da qualidade de vida individual e coletiva (WHO, 1986)

Por sua vez, define **Saúde Mental** como sendo um estado de bem-estar no qual o indivíduo desenvolve as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida diária, trabalha produtivamente e contribui positivamente para a sua comunidade. A saúde mental é parte integrante da saúde, é mais do que ausência de doença mental, e está intimamente conectada com a saúde física e o comportamento (Herrman, 2005).

Ao contrário, a **Doença** é a condição de desequilíbrio de um corpo ou organismo, caracterizada por um conjunto de sintomas ou sinais específicos. A etiologia, patologia e prognóstico podem ser conhecidos ou não, e ela pode ser causada por fatores de índole externa ou interna. Ou seja, pela definição formal, saúde e doença são conceitos independentes, que podem coexistir e que não se eliminam mutuamente. Assim, **Doença Mental** será o desequilíbrio neste “*bem-estar*” físico e mental, manifestado por sintomas, comportamentos, alterações de pensamento e cognição.

Faz sentido, pensar a saúde em pessoas que sofrem de qualquer doença, do mesmo modo que se podem investigar doenças em pessoas dadas como saudáveis.

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida, 2013) mostra que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa (prevalência anual). Deste valor global, os valores mais altos são atribuídos às perturbações da ansiedade (16,5%) e às perturbações depressivas (7,9%) (DGS, 2015).

Um estudo integrado no World Mental Health Surveys Initiative (WMH) – um projeto do Grupo de Avaliação, Classificação e Epidemiologia (ACE) da OMS cujos dados preliminares foram recentemente publicados – demonstra que Portugal tem uma prevalência de doença mental muito elevada, onde se comparam oito países da Europa (22,9%). Destes apenas a Irlanda apresenta um valor mais elevado: 23,1%. Portugal é também o segundo com valores mais elevados dos nove países cujos dados são divulgados (surge depois dos EUA, com 26,4%) (DGS, 2013).

Os resultados no âmbito da doença mental são ainda mais preocupantes, na medida em que existe evidência que correlaciona diretamente a taxa de prevalência das doenças mentais com índices nacionais de desigualdades sociais e de saúde. Neste sentido, a saúde mental não é uma consequência apenas dos serviços de saúde ou dos investimentos de responsabilidade direta do setor da saúde, mas sim de políticas intersectoriais que envolvem as diferentes áreas de governo, nomeadamente aquelas que estão mais relacionadas com as desigualdades em saúde, por exemplo, a educação, a segurança social e o emprego. (Wilkinson e Pickett, 2009, cit. em DGS, 2014e<sup>1</sup>)

## 1.2 - Crenças, Opinião e Atitude

O termo **Crença** (derivado do latim “*credere*” que em português significa “crer”), sinónimo de convicção, designa uma disposição para admitir ou aceitar algo, para aderir a uma opinião, a uma doutrina ou a uma ideologia. Na sua aceção mais filosófica, o termo crença designa a adesão incerta a algo (uma ideia, um pensamento, uma teoria, um dogma), opondo-se assim ao saber e à fé. De certo modo, o preconceito, a ingenuidade, a opinião e até mesmo o saber e a fé são diferentes formas de crença. (Kruger, 1986, 1993)

As **Crenças** são as ideias e percepções que um indivíduo considera absolutas, e verdadeiras. É a firme convicção em conformidade com algo. Pode considerar-se que uma crença é um paradigma que se baseia na fé, já que não existe demonstração absoluta, fundamento racional ou justificação empírica que o comprove. Por isso muitas vezes, a crença está associada à religião. (Kruger, 1993)

São formadas a partir da visão que a pessoa tem de si e do mundo. É através das nossas crenças, que observamos o mundo e as suas relações, ou seja, a confirmação de uma crença nasce do interior (convicções próprias), sendo igualmente influenciadas por fatores externos e pelo meio social. Têm origem na nossa educação, adquiridas através do exemplo das pessoas que nos são significativas; surgem igualmente pela cultura em que nos inserimos e trabalhamos. (Fishbein e Ajzen, cit in Pais-Ribeiro, 2012)

Em determinadas situações, as nossas vivências facilitam uma compreensão errônea e inadequada da realidade, através de processamentos errados, ou seja, erros de pensamento. A partir disto, vamos formando conceitos inválidos e desenvolvendo crenças que poderemos chamar de disfuncionais. ((Fishbein e Ajzen, cit in Pais-Ribeiro, 2012)

Na área da saúde, Matarazzo (1984) (cit. Guimarães, 2012) distingue dois tipos de comportamentos baseados nas crenças, podendo estes serem de proteção da saúde, tais como hábitos de vida saudável, ausência de comportamentos de risco, denominando este de “comportamentos imunogénicos”; ou de forma oposta, comportamentos prejudiciais à saúde (fumar, má alimentação, sedentarismo) sendo estes designados de “comportamentos patogénicos”

A **Opinião** provem do latim “*opinio*”, significa uma ideia confusa acerca da realidade e que se opõe ao conhecimento (DLP, 2013-2016).

No sentido corrente, Opinião é um ponto de vista pessoal a respeito de algo, que consideramos verdadeiro precisamente porque é nosso. Segundo Barbosa (2011), “*a opinião é um enunciado que pretendemos ser verdadeiro, no entanto não significa que esta pretensão seja sempre legitimada. As opiniões são emitidas de forma espontânea, direta, não carecendo de definições, explicações, demonstrações, justificações, raciocínios e argumentações*” (Barbosa, 2011).

A Opinião define o tipo de relação que o sujeito mantém com aquilo que diz, e não com o conteúdo do que afirma. Para este autor, o que determina estruturalmente a opinião, não é pelo que é afirmado, mas sim, pela relação imediata, irrefletida, puramente afirmativa e enunciativa e surgem de fontes não controladas, não refletidas. Surgem da experiência quotidiana, dos meios de comunicação, da educação, do interesse individual. Ou seja, a opinião, opõe-se à razão, ao exercício intelectual. Baseia-se na “*passividade intelectual*”, diferente de “*preguiça intelectual*”. A primeira surge com o não questionar, por considerarmos a informação como verdadeira, a segunda, pela incapacidade de questionar, independentemente de a sentirmos como verdadeira ou não.

As opiniões têm duas funções (Barbosa,2011):

**Função Psicológica** - dá-nos segurança; serve de referencial e sentido à nossa existência; permite-nos acreditar que conhecemos a realidade tal como é; evita o esforço intelectual; permite que nos afirmemos ao nível do discurso dando-nos a palavra com algo para dizer.

**Função social** - é um meio de integração social, dando-nos o reconhecimento de pertença a um determinado grupo; favorece a aceitação social - pessoas com opiniões

idênticas identificação mais facilmente; permite o conforto intelectual e social para os indivíduos que a partilham.

O conceito mais importante da psicologia social tem sido o de **Atitude**. As atitudes são “*as convicções e sentimentos que predispõem as nossas reações a objetos, pessoas e acontecimentos*” se acreditarmos que alguém “*é má pessoa e tem mau carácter*”, podemos sentir aversão por ela e agir com hostilidade. (Vala, 2002)

As atitudes refletem o modo como pensamos e nos sentimos em relação às pessoas, objetos e questões do meio em que nos inserimos. Permitem prever como agiremos em contacto com os alvos das nossas crenças e estão relacionadas com graves questões sociais como são os problemas de Estigma, Preconceito e de Discriminação. O Preconceito subentende um julgamento prévio, a maioria das vezes, infundado.

As atitudes e comportamentos das pessoas em relação à fraude, à religião e minorias raciais revelaram que é comum pensar de forma diferente da que agimos. Essa aparente hipocrisia surpreendeu os psicólogos sociais, a maioria dos quais partilhava a convicção de que existia uma relação estreita entre o pensamento e a ação, carácter e a conduta, as palavras particulares e os efeitos públicos. Descobriram que as pressões sociais podem encobrir a ligação latente entre as nossas atitudes e as respetivas ações, afetando o que dizemos ou fazemos. Quando conscientes de que as nossas atitudes e ações não coincidem, o indivíduo experimenta o sentimento de tensão interior, o qual os psicólogos denominam de dissonância cognitiva. Para aliviar esta “tensão interior”, os indivíduos ajustam às ações. (Vala, 2002)

### 1.3 - Estigma

Já na antiguidade grega, o *estigma* era usado como marcas ou sinais corporais que exibiam algo de mal e pouco habitual, e serviam para identificar escravos, criminosos ou traidores, podendo ser queimaduras, ou cortes na pele. Mais tarde, com o Cristianismo, o estigma é agregado ao simbolismo divino e religioso.

Na atualidade a palavra *estigma*, é muito utilizada com um sentido muito próximo do original, designando preferencialmente o mal em si mesmo e não tanto as manifestações físicas.

Durante décadas, Goffman (2006) teve como foco da sua investigação, o estigma, preconceito e discriminação<sup>1</sup>. São inúmeros os escritos sobre esta temática dedicados às vítimas do estigma, tais como os indivíduos com incapacidade física ou mental, sem abrigo, homossexuais, jovens delinquentes, ou todos e quais quer indivíduos que por qualquer razão não se inserem/incluem no padrão do comum, ou seja, na “normalidade”.<sup>2</sup>

As sociedades contemporâneas estabelecem meios de categorizar os indivíduos em função dos seus atributos que se percebem como sendo correntes e naturais aos membros pertencentes a essas categorias. Esta categorização permite-nos, que quando nos deparamos com alguém que nos é estranho, rapidamente o categorizamos através dos seus atributos, incluindo-o numa categoria social (identidade social real). Este agir de análise e categorização, tem implícitas expectativas normativas e informações rigorosamente interiorizadas e aceites desde muito cedo (já mesmo na infância). (Goffman, 2006)

No entanto, o estranho que se nos apresenta, pode ser detentor de um atributo, que o torna diferente dos demais (dentro da categoria social à qual este tem acesso), o que o pode tornar num indivíduo menos aceite pelo seu próprio grupo, ou até mesmo menosprezado. A este atributo, Goffman denomina de *Estigma* (sinal, marca), principalmente, quando esta característica ou atributo o desacredita amplamente, e o priva de afetos e/ou socialização, tornando-se este fenómeno numa “*discrepância espacial entre a identidade social virtual e real.*”

A existência de outras discrepâncias dos tipos de identidades sociais poderá levar-nos a reclassificar um indivíduo numa outra categoria socialmente prevista e diferente da previamente usada. (Goffman, 2006)

Desta forma o termo *estigma* poderá ser usado para fazer referência a um atributo profundamente “*desacreditador*”, ou confirmar a normalidade de outro, não sendo honroso ou mesmo desprestigiante em si mesmo, uma vez que estar sempre associado a uma linguagem relacional, do indivíduo com os demais.

Podem distinguir-se três tipos de estigmas amplamente diferentes: em primeiro lugar, as deformidades físicas - marcas corporais; depois as que se percebem como sendo falhas de carácter (falta de vontade, desonestidade, propensões tirânicas ou

---

<sup>1</sup>Conjunto de notas sobre o controle da informação sobre si próprios que indivíduos estigmatizados fornecem aos normais, esclarecendo a relação do estigma com a questão do desvio, e analisando alguns trabalhos sobre o estigma para apurar as suas contribuições à sociologia.

<sup>2</sup> A noção de normalidade (ser humano normal) poderá ter como sua origem, no enfoque médico, do conceito de humanidade e na tendência das organizações burocráticas de grande escala, tais como os estados sociais, em que os seus membros, em certos aspetos seriam tratados como iguais, independentemente da sua origem, classe social.

antinaturais, crenças falsas, desequilíbrios intelectuais e instabilidades emocionais - poderemos incluir neste tipo as perturbações mentais). Por último, os estigmas grupais, ou seja, crenças religiosas e nacionalistas, propensas a serem transmitidas através de gerações.

São conhecidas as atitudes adotadas por qualquer um de nós, os ditos “normais”, perante um indivíduo que possui um estigma (sinal, marca, atributo) - evitamento, desacreditação, exclusão. Igualmente, as medidas que aplicamos racionalmente, têm um pensamento subjacente: “os estigmatizados não são totalmente humanos”. É então construída uma teoria estigmatizante, uma ideologia explicativa da inferioridade destes indivíduos, alertando-nos para o perigo, e conseqüentemente criamos animosidades baseadas nestas diferenças (discriminação) (Goffman, 2006: 15).

O problema do estigma, não surge neste contexto somente porque existe uma expectativa difundida de que quem pertence a uma determinada categoria deverá não só apoiar essa norma, mas também de colocá-la em prática. É também possível que um indivíduo não consiga viver de acordo com aquilo que se lhe é exigido (pela sociedade, pelo grupo em que está inserido), permanecendo indiferente ao seu fracasso, protegido pelas suas crenças individuais sobre a sua identidade, sentindo-se um “ser humano” na sua plenitude, e percebendo que os restantes elementos do seu grupo é que estarão alienados e deslocados. Assim, os indivíduos estigmatizados tendem a ter as mesmas crenças sobre a identidade que qualquer um de nós, sendo fundamental o reconhecimento de uma identidade e sensação de que são “pessoas normais”, como qualquer outro ser humano, detentores de oportunidades justas.

Para o indivíduo estigmatizado, a insegurança relativa ao seu status, associada à insegurança laboral/social, prevalece sobre as interações sociais, condicionando-o nas suas escolhas, uma vez que este poderá não ter a plena percepção de que o grupo ou categoria em que se encontrar, lhes trará aceitação pelos demais. Esta incerteza por parte de estigmatizado surge não só porque ignora em que categoria estará “posicionado”, mas também se esta categorização o favorecerá, uma vez que esta foi-lhe atribuída em função do estigma do qual é detentor.

É com maior facilidade que se aceita a doença orgânica, na sociedade atual. Quando a questão é as doenças psiquiátricas a facilidade já não é a mesma. Um dos maiores obstáculos à promoção da saúde mental e prevenção da doença mental é o estigma resultante de auto e/ou hetero-discriminação.

O estigma representa geralmente uma percepção negativa da pessoa com doença mental, presumindo-se que é diferente dos demais, o que implica uma desvalorização e

discriminação do seu papel na sociedade. Assim, quando falamos de estigma na doença mental, importa falarmos de estereótipos, discriminação e preconceito.

Por seguinte, o termo *estigma* e seus sinónimos, ocultam uma dupla perspetiva: a do indivíduo estigmatizado que o torna portador de um atributo, por ele, e pelo demais reconhecido, e assumido (desacreditado); e a de um indivíduo que sendo portador de tal atributo, não é percebido pelos demais com quem se relaciona, sendo apenas por ele, (desacreditável), caracterizando este fenómeno como *self-stigma* (Krajewski et al, 2013)

Reforçando o que anteriormente foi descrito, salientamos o estudo realizado em diferentes países europeus, em que os mesmos autores, descrevem e caracterizam este fenómeno e suas variáveis, como a prevalência do estigma, os fatores preditores do estigma, o contexto em que este se dissemina, e a autoeficácia e autoestima. Os resultados encontrados revelaram-se muito díspares nos países em estudo, estando estes, intimamente relacionados com as políticas locais de saúde, nível de pobreza, ação social, nível de educação, cultura, prevalência de determinadas patologias psiquiátricas, etc. Os mesmos autores reforçam, no entanto, a necessidade de programas de intervenção, em pareceria, devidamente adequados às circunstâncias multiculturais.

#### 1.4 - Preconceito e Discriminação

Segundo Gordon Allport (1954), **Preconceito** é: *“Pensar mal dos outros, sem suficiente fundamento, ou seja, atitudes adversas ou hostis em relação a uma pessoa que pertence a um grupo, simplesmente porque pertence a esse grupo, presumindo-se, assim, que ela possui as características contestáveis atribuídas a esse grupo”* (Allport cit por Neto, 1954:6-7).

Ashmore (1970), citado por Neto, definiu **Preconceito** como sendo *“uma atitude negativa em relação a um grupo socialmente definido e em relação a qualquer pessoa percebida como sendo membro desse grupo”*. (Neto, 1998)

Em 1986, para Jones o mesmo conceito tinha uma definição ligeiramente diferente: *“Uma generalização errada de uma categorização de um grupo (estereótipo) para um membro individual do grupo, independente quer da veracidade do estereótipo do grupo, quer da aplicabilidade da caracterização do estereótipo do grupo ao indivíduo em questão”* (Neto, 1998:508)

Agnes Heller (1989) refere-se ao **Preconceito** como sendo *“juízos provisórios refutados pela ciência e por uma experiência quando cuidadosamente analisados, mas que se conservam inabalados contra todos os argumentos da razão”*. Podemos, por isso,

entender que os preconceitos têm a sua sustentação em bases afetivas e irracionais, sustentadas pela desinformação, pela ignorância, pelo moralismo, conservadorismo e conformismo. Esta mesma autora distingue vários tipos de Preconceito: preconceitos científicos, políticos, de grupo, nacionais, religiosos, raciais, morais.

O Preconceito pode ser definido como uma atitude favorável ou desfavorável em relação a membros de algum grupo, baseada sobretudo no facto de pertença a esse grupo e não necessariamente em características particulares do membro individual, o que origina comportamentos e ações que podem ter sérias implicações não só na vida quotidiana como no bem-estar da sociedade.

Heller salienta o facto de que, regra geral, o entendimento abstrato do Preconceito comporta quase sempre um conteúdo axiológico negativo: *“é sempre moralmente negativo, (...) todo o preconceito impede a autonomia do homem, ou seja, diminui a sua liberdade relativa, diante do ato da escolha, ao deformar e, conseqüentemente, estreitar a margem real de alternativa ao indivíduo”*. Sendo o moralismo uma das bases de sustentação do preconceito, este constitui *“uma forma de alienação moral, pois implica na negação da moral enquanto forma de objetivação da consciência crítica, das escolhas livres, e da construção da singularidade”* (Heller, 1989:59)

A definição de Preconceito como um tipo especial de atitude tem duas implicações: a primeira é que habitualmente tem uma avaliação negativa, mas que também pode ser usada numa vertente positiva; a segunda é que sendo o preconceito uma atitude, esta tem três componentes principais:

Afetiva - diz respeito a sentimentos preconceituosos experimentados sobre grupos ou membros desses grupos;

Cognitiva - refere-se não só a crenças e expectativas sobre esses grupos, mas também à forma como é processada essa informação;

Comportamental - refere-se às intenções de agir em relação a esses grupos.

Desta forma, o Preconceito constitui uma modalidade de discriminação sobre os indivíduos que vivem de forma diferente dos padrões dominantes, o que Heller caracteriza como inato do ser humano: *“o desprezo pelo outro, a antipatia pelo diferente, é tão antigo quanto a própria humanidade.”* (Heller, 1998:60)

Caso as intenções de agir em relação aos grupos ou indivíduos de um grupo se concretizem em ações, estamos perante a Discriminação. Poder-se-á dizer que a **Discriminação** é a manifestação comportamental do Preconceito. Os membros dos grupos discriminados podem ser tratados de modo positivo ou negativo pelo facto de pertencerem a esse grupo.

A atitude ou comportamento de Discriminação pode surgir em diversos níveis. Desde um nível simplesmente moderado implicando o evitamento, até a um nível mais acentuado que pode levar à exclusão e em casos mais extremos resultar em agressão contra os alvos do Preconceito.

Allport, em 1954, criou um modelo de possíveis expressões de Preconceito estratificado em cinco fases de gradação crescente de atitudes, desde as menos para as mais enérgicas, e que podem desenvolver-se nas sociedades que toleram ou encorajam os preconceitos:

Antilocução - conversa hostil e difamação verbal;

Evitamento - manter o grupo minoritário separado do grupo dominante dentro da sociedade, criando-se assim “guetos”;

Discriminação - quando o grupo minoritário é excluído de direitos civis e de certas regalias;

Ataque físico- violência contra pessoas e propriedades;

Extermínio - violência indiscriminada e aniquilação de todo um grupo de pessoas.

John Duckitt (1992-1993) considerou a hipótese de se acrescentar um nível mais abaixo à hierarquia de Allport denominando este nível de: “*Expressões comportamentais subtis e indiretas de antipatia antigrupal*”. *Nestas expressões estão incluídos o tom de voz, o não respeito do espaço pessoal, onde não existe interação verbal, onde está presente a inexistência de amizade e a capacidade para interpretar os motivos comportamentais de forma enviesada.*” (Neto, 1998:510)

## 1.5 - A problematização do estigma na doença mental

A problematização destes conceitos depende em muito, das condições de subjetividade e de atitude crítica dos indivíduos, sendo mais frequente a capacidade de questionar os comportamentos estereotipados por parte de pessoas dinâmicas e críticas, do que por pessoas tendenciosamente conformistas. Salienta-se também o papel das instituições sociais como a família, as escolas e universidades bem como o meio laboral, as igrejas entre outros, na contribuição para a preservação destas crenças ou então para a transgressão das mesmas.

O estigma, em saúde mental, representa geralmente uma perceção negativa da pessoa com patologia psiquiátrica, presumindo-se que são diferentes dos demais, o que implica uma desvalorização e descriminação do seu papel na sociedade. Assim, quando

falamos de estigma na doença mental, importa falarmos de estereótipos, discriminação e preconceito.

Para entendermos o modo como se estruturam o estigma e o preconceito, devemos centrar em torno da generalização, entendendo-a como um elemento característico e inevitável do nosso quotidiano, que, no entanto, quando conduzido a extremos rígidos, pode ter consequências problemáticas.

Segundo Heller (1989) *“...chegamos à ultra-generalização (...) [quando] por um lado assumimos estereótipos, analogias e esquemas já elaborados; por outro, eles nos vão “impingindo” pelo meio em que crescemos, e pode-se passar muito tempo até percebermos com atitude crítica esses esquemas recebidos, se é que chega a produzir-se uma tal atitude. [...] ... Toda a ultra-generalização é um juízo provisório ou uma regra provisória de comportamento”*

A ideia que a incidência do Estigma, Preconceito e Discriminação tem aumentado, é difundida pelos meios de comunicação social, com relatos de situações relacionadas com estes dois graves problemas sociais, constituindo uma ameaça ao bem-estar humano em todo o mundo, e é utópico pensar que este tipo de problemas não existe também na sociedade portuguesa. Na verdade, os preconceitos encontram-se difundidos por todas as sociedades. Cada um de nós certamente já teve um preconceito e foi igualmente vítima dele.

É com maior facilidade que se aceita a doença orgânica, na sociedade atual. Quando a questão se baseia nas doenças psiquiátricas a facilidade já não é a mesma. Um dos maiores obstáculos à promoção da saúde mental e prevenção da doença mental é o estigma resultante de auto e/ou hetero-discriminação.

A consequência mais nefasta do estigma na doença mental é o atraso na procura de ajuda por parte dos doentes. (Thornicroft, 2008). Segundo este autor, mais de 30% da população americana, portador de patologia psiquiátrica, é tardiamente acompanhada e inserida num programa terapêutico e de reinserção social. O não reconhecimento dos sintomas e doença, mais o medo da rotulagem, inibe o processo de aceitação do seu estado de doença, bem como a participação esclarecida nos cuidados.

## 2- ENFERMAGEM: INTERVENÇÃO E AÇÃO

É o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1998), o documento que regula o nosso exercício clínico. A ação dos enfermeiros traduz-se na prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo são ou doente, nos vários estádios do ciclo vital, bem como a intervenção no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença, em grupos e comunidades onde este se insere. As suas intervenções têm como finalidade e princípio, tratar/ajudar o indivíduo, família ou comunidade, nos seus processos de adaptação conferindo-lhes a máxima capacidade funcional, incentivando-os a estilos de vida saudáveis, promotores de saúde física e mental.

Os caminhos trilhados para alcançar esse princípio e finalidade da Enfermagem foram e ainda são percorridos, sobre “*pedregulhos*”, exigindo esforços para conviver com o inacabado, com as diferenças, as ambiguidades e as incertezas. Doar-se faz parte desta experiência, e cuidar faz parte da doação e da cientificidade que é esperada nesse caminhar.

### 2.1 - O papel da formação especializada em Saúde Mental e Psiquiatria

As transformações, no papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, ocorreram concomitantemente à evolução da assistência prestada nos hospitais e na comunidade, isto é, acompanharam as transformações ocorridas na prática médica e, paralelamente, às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento e acompanhamento do doente mental (Campos, 2000: 271-276).

A especificidade da enfermagem de saúde mental convive estreitamente com a prática da enfermagem de cuidados gerais, devidamente “*sustentada na evidência científica e apoiada em teorias de enfermagem, psicologia, psicossociais e neurobiológicas*” (OE, 2015).

À semelhança das restantes especialidades em enfermagem, também a especialidade em enfermagem de saúde mental, assenta na abordagem holística, tendo sempre como foco da sua atenção as necessidades do indivíduo, famílias e comunidades.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM), “*compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais*”.

*“A especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução”* (Ordem Enfermeiros, 2015)

No exercício das suas competências, o EESM, contribui ativamente na redução do estigma, da discriminação, intervindo em situações que favoreçam a estigmatização e marginalização de pessoas ou grupos com perturbação mental. Contribui para a uma inclusão sadia, efetiva e acolhedora do doente mental, na comunidade/família a que este pertence. Para tal, trabalha no sentido de capacitar a comunidade e família, para o respeito e aceitação da diferença e integração sem discriminação; otimizando os recursos que doente, família ou comunidade possuem. (OE, 2015)

## **2.2-Influência das crenças individuais no cuidar o doente mental**

Os enfermeiros são pessoas. Pessoas com personalidade, experiencias de vida, formação pessoal e profissional própria. Inseridos em famílias, comunidades. As características individuais de cada um de nós influenciam a forma como cuidamos o outro. Influenciam a forma como *“empatizamos”* ou *“antipatizamos”* com o alvo do nosso cuidado, neste contexto, o doente com patologia mental. (Pereira e Botelho, 2014).

*“A relação terapêutica comporta duas dimensões essenciais, a profissional e a pessoal. Existem qualidades pessoais que beneficiam a relação enfermeiro-paciente na prática de cuidados em enfermagem de saúde mental: Algumas destas qualidades encontradas nos estudos como o altruísmo, a compaixão/solidariedade, a gentileza e simpatia, a autenticidade, o interesse genuíno, a compreensão e a disponibilidade estão muito próximas das que são mobilizadas na esfera social do enfermeiro”* (Pereira e Botelho, 2014)

Para as mesmas autoras, as características individuais dos enfermeiros podem influenciar de forma positiva ou negativa a relação terapêutica, a confiança e a qualidade dos cuidados ao doente mental, e descrevem o processo da seguinte forma:

*“As relações terapêuticas de sucesso são pautadas pela disponibilidade para ouvir, respeito, gentileza, flexibilidade, proximidade e pelo suporte por parte do enfermeiro (...) os atributos ou qualidades pessoais do terapeuta*

*implicam não fazer julgamentos, ser paciente, ser brando a falar, ser aberto, genuíno, ser calmo e estável. Os pacientes valorizaram o facto de os enfermeiros os fazerem sentir-se especiais e de serem tocados fisicamente através de um abraço ou colocar a mão no ombro. Contudo referem o valor de serem tocados emocionalmente, como seja tocar no coração/alma. Foi também evidenciada a importância das dimensões profissional e pessoal na relação terapêutica. Os pacientes enfatizaram que se sentiam ligados aos enfermeiros pelos seus atributos pessoais, pelo investimento mútuo, pelas técnicas de comunicação particulares e ainda pela exposição pessoal/abertura dos profissionais. São nomeados requisitos para se conhecer o paciente profundamente, interesse genuíno, importar-se com o paciente, sinceridade e compreensão.”*

Referem que o tempo, compreensão e perícia, são essenciais, mas isoladamente não são suficientes para o sucesso da relação terapêutica. A capacidade de doação ao outro, resolução prática de problemas, o “fazer por” ou o “fazer com” são de extrema importância.

A interferência/determinantes da vertente social e vertente profissional, caracterizada por uma “ténue fronteira” entre o social e o terapêutico, revelando-se num maior desafio para o profissional, exigindo um elevado grau de autoconhecimento e perícia. As qualidades pessoais interferem nos cuidados que prestamos, podendo ser conducentes ao sucesso ou insucesso da relação terapêutica, mas sendo qualidades de cariz positivo, devem ser intencionalmente utilizadas nos cuidados.



## PARTE II - ESTUDO EMPIRICO

*“A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses. A natureza do desenho varia segundo o objetivo do estudo e consiste em descrever um fenómeno ou em explorar ou verificar associações entre variáveis ou diferenças entre grupos.” (FORTIN, 2009)*



### 3- METODOLOGIA

É neste momento, que o investigador recorre a um conjunto de meios e atividades, que o conduzam às possíveis respostas para as questões de investigação. Na fase metodológica, o investigador, define o desenho de investigação, a escolha da população e amostra, os métodos de medida e os procedimentos de colheita de dados (Fortin,2009: 214-215).

O desenho de investigação está intimamente relacionado com a questão de investigação, tendo em atenção o tipo, qualidade e quantidade de conhecimentos existentes sobre a temática. Para compreender melhor o processo de investigação que desenvolvemos apresentamos de seguida o fluxograma da pesquisa.

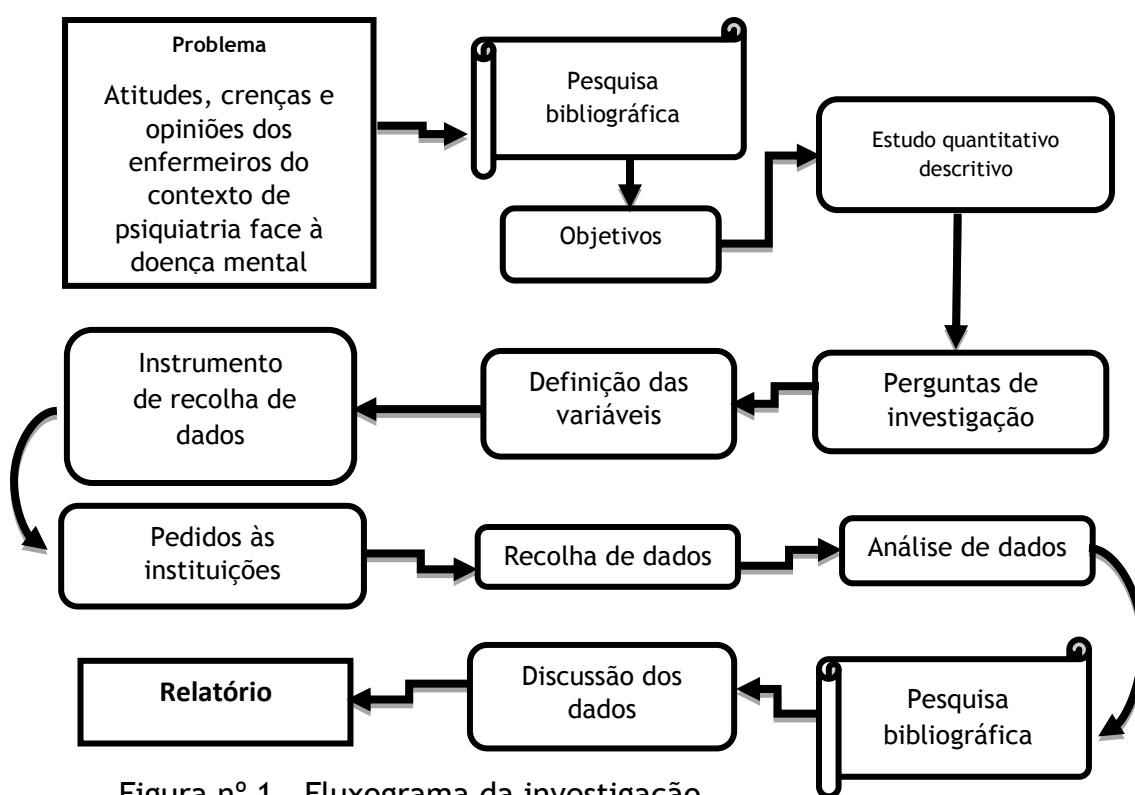


Figura nº 1 - Fluxograma da investigação

A investigação que nos propomos, obedece a um desenho característico **descritivo correlacional**, uma vez que pretendemos descrever o universo de uma determinada população ou fenómeno e estabelecer relação entre variáveis, ou seja, descrever as opiniões e atitudes que os enfermeiros apresentam face à doença mental e psiquiátrica e relacioná-las com um conjunto de características sociodemográficas e de contexto.

De acordo com Fortin (2009:174) “no estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações. O principal objetivo do estudo descritivo-correlacional é a descoberta de fatores ligados a um fenómeno.”

É um estudo **transversal** porque iremos avaliar a frequência de um determinado fenómeno numa determinada população, mais especificamente, a frequência de atitudes estigmatizantes na população de enfermeiros de saúde mental.

Optamos por um **estudo quantitativo**, porque esta investigação apresenta como objetivos a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis. Este tipo de investigação mostra-se geralmente apropriado quando existe a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis relacionados com conceitos quotidianos a partir de amostras. (Fortin, 2009)

### 3.1 - Contexto e Justificação

A temática do estigma na doença mental é atual e pertinente, uma vez que tem impacto negativo no estigmatizado, condicionando os cuidados e a resposta adequada e em tempo útil, bem como a possível integração na comunidade dos indivíduos com patologia psiquiátrica.

A perceção destes indivíduos sobre a sua doença, associado a determinadas atitudes e comportamentos estigmatizantes, manifestados de diferentes formas pelos profissionais de saúde, é conducente ao insucesso da relação terapêutica. (Hinshaw' 2008:367-393)

Segundo Schulze (2007:137-155), a falta de interesse pelo doente, tratamento homogéneo e não diferenciado para cada doente e família, falta de informação/formação clínica; prognóstico negativo, são algumas das situações referenciadas por doentes e famílias, sobre as possíveis causas do insucesso nas relações terapêuticas e consequentemente nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

A pertinência e escassez de estudos em Portugal, e em particular nesta população, enfermeiros que prestam cuidados em serviços de saúde mental e psiquiatria, leva-nos a quer perceber qual é a contribuição, nesta temática, e de que forma estes profissionais, na sua prática, baseada na sua vivência, como seres individuais e sociais, serão ou não agentes estigmatizantes. Percebendo a proximidade dos enfermeiros com os doentes e suas famílias, e atendendo ao “canal privilegiado” na relação, importa desmistificar atitudes e crenças, falando-se abertamente sobre elas; identificando-as e anulando-as, com o objetivo de uma melhor aceitação do diferente, do inadaptado.

Com este estudo, pretendemos contribuir para a compreensão do conceito do estigma, e em particular, estudar a perceção dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, face à doença mental, compreendendo igualmente de que forma as suas atitudes, crenças e opiniões neste contexto específico podem contribuir ou não para o aumento de estigma.

### 3.2 - Objetivos do Estudo

A formulação dos objetivos de estudo, deve centrar-se na finalidade dos mesmos, ou seja, perceber o que é que o investigador “persegue”, o que é que ele pretender ver clarificado, esclarecido (Fortin, 2009). Elucida, quem o lê, de quais serão as suas variáveis-chave, a população alvo; e a ação. Assim, para o nosso estudo, delimitamos os nossos objetivos da seguinte forma:

O **objetivo geral** surge com a necessidade de entender e analisar de que forma as crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental contribuem para a redução ou aumento do estigma na doença mental.

Como **objetivos específicos** pretendemos:

- Descrever as opiniões e atitudes que os enfermeiros apresentam face à doença mental e psiquiátrica
- Analisar as diferenças na formação profissional específica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, sobre crenças, opiniões e atitudes face à doença mental.
- Comparar as opiniões e atitudes dos profissionais em função de um conjunto de características sociodemográficas.

### 3.3 - Questões de Investigação

Sobre a temática em estudo, e em particular na população por nós escolhida, o conhecimento que existe é muito escasso, pelo que nos abstivemos de formular hipóteses, centrando-nos nas questões de investigação.

Para o nosso estudo, as questões de investigação e que são a divisa para a abordagem desta temática, surgem no contexto do exercício profissional, tendo em consideração a qualidade e consequência dos cuidados prestados aos doentes com patologia psiquiátrica, que poderão ou não, ser fundamentados por determinadas atitudes e opiniões dos enfermeiros, e são as seguintes:

- “Os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria manifestam atitudes estigmatizantes face à doença mental?”
- “Há diferenças nas opiniões e atitudes estigmatizantes nos enfermeiros com formação pós-graduada em saúde mental e psiquiatria?”
- “Há diferenças entre as características sociodemográficas dos participantes (idade, sexo, conhecer ou ter contato com alguém com doença mental) e as opiniões e atitudes estigmatizantes face à doença mental e psiquiátrica?”

### 3.4 - Variáveis

Segundo Fortin (2009: 48), variável é um conceito ao qual se poderá atribuir uma medida. Correspondem a fenómenos, características ou qualidades de determinada população, passíveis de serem investigadas e atribuídas a um valor numérico. Podem ser classificadas de diferentes formas, atendendo à sua utilização numa investigação. Assim poderão ser variáveis independentes; dependentes, de atributo ou estranha.

A variável independente é a “variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente” (FORTIN, 2009: 377). É o elemento explicativo de um fenómeno, a tentativa de resposta ao nosso problema, aquela que afeta outras variáveis

No nosso estudo em concreto, consideramos a **Formação específica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, como uma variável independente**, uma vez que se prevê irá interferir nas **variáveis dependentes** que definimos para este estudo: **crenças, opiniões e atitudes**.

Assim, em concreto no nosso estudo temos:

- **Variáveis independentes:** Sociodemográficas, Formação específica em Enfermagem de saúde mental e psiquiatria; tempo de serviço em saúde mental e psiquiatria e na carreira; instituição onde exerce;
- **Variáveis dependentes:** Crenças, Opiniões, Atitudes;

### 3.5 - População e Amostra

A **População** é definida como um conjunto de elementos com características comuns (pessoas, grupos, escolas, instituições, processos etc.), que se pretendem analisar, estudar. O processo de amostragem, consiste na seleção do grupo em questão, representativo da população a ser estudada. Este grupo representativo denomina-se de população-alvo, e deve cumprir os critérios de seleção previamente definidos, permitindo à *posteriori* a generalização. (FORTIN, 2009:312) A população acessível é formada pelos elementos da população-alvo, sendo constituída para facilitar o estudo. Assim, a **nossa população-alvo, são os enfermeiros que exercem funções em serviços de internamento de psiquiatria.**

Define-se **Amostra**, como sendo: *“a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. (...) deve ser representativa da população, isto é, que certas características conhecidas da população devam estar presentes em todos os elementos da população.”* (Fortin, 2009:313)

Como critérios de **inclusão** no estudo definimos:

- Enfermeiros que exercem funções em serviços de internamento de psiquiatria em instituições hospitalares na região norte;
- Aceitar participar no estudo conhecendo os objetivos e finalidade do mesmo.

Como critérios de **exclusão** consideramos:

- A recusa na participação no estudo;
- O preenchimento incompleto ou incorreto dos questionários.

Neste sentido obtivemos em tempo útil autorizações do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa - **Hospital Padre Américo**; Centro Hospitalar Conde Ferreira; Unidade Local de Saúde Alto Minho - **Hospital de Viana do Castelo**; Centro Hospitalar Alto Douro - **Hospital Vila Real**; Centro Hospitalar de Braga; Casa de Saúde São José - Barcelos; Casa Saúde São João de Deus- Barcelos; **Hospital Magalhães Lemos**. Algumas destas instituições são instituições públicas, outras privadas sendo que algumas destas são de cariz religioso. Para uma melhor visualização da área geodemográfica onde se realizou o estudo apresentamos de seguida os concelhos incluídos no estudo.



Figura 2 - Área geodemográfica onde se realizou o estudo

### 3.6 - Procedimentos de Colheita de Dados

Com o objetivo de se colher o máximo de informação possível com apenas um momento de recolha de dados optamos por, integrar no questionário a distribuir a caracterização sociodemográfica e mais três escalas: **Inventário de Crenças sobre a Doença Mental - ICDM** (Loureiro, 2009); **Opiniões acerca da Doença Mental** (Cohen & Struning, 1962; Oliveira, 2005), **Doença Mental: Escala das Atitudes dos Clínicos** (Profissionais de saúde) - Mica4 (Kassam et al, 2010)). Estes instrumentos foram acompanhados por um pedido de colaboração, onde se esclarecia os participantes dos objetivos e em que consistia o estudo, bem como um Consentimento Informado, dando a possibilidade aos enfermeiros de não participarem ou mesmo desistirem do estudo se assim o entendessem. (Anexo 1)

A entrega dos instrumentos de pesquisa pelo investigador decorreu após prévio contato, com um enfermeiro de referência em cada instituição/serviço, da qual obtivemos autorização das respetivas Comissões de Ética, e Conselhos de Administração para a realização do estudo. Este enfermeiro de referência, habitualmente, Enfermeiro Chefe do serviço ou Enfermeiro Responsável, procedeu à distribuição do instrumento de recolha de dados pelos enfermeiros do serviço de saúde mental e psiquiatria e ao Consentimento Informado. O prazo estipulado para preenchimento foi de início de maio/2016 a final junho/2016 (sensivelmente 60 dias). Findo este prazo, procedeu-se à recolha dos instrumentos. Quer a distribuição, quer a recolha dos questionários foram realizadas pelo investigador.

Pela dificuldade que tivemos na recolha de dados, solicitou-se à ESEP, prorrogação do prazo de entrega da tese por mais três meses.

No total foram recolhidos **98 questionários** (93 válidos e 5 nulos), sendo a amostra constituída por **307 enfermeiros**. A recolha de dados foi realizada entre os meses de maio e outubro de 2016.

Na tabela que se segue apresentamos as instituições que participaram no estudo, devidamente codificadas, tendo sido atribuído uma ordem numérica, caracterizando o número de profissionais e as respostas obtidas (válidas e nulas) bem como o seu valor percentual.

Tabela 1 - Distribuição da Amostra

	Número de Profissionais	Respostas Válidas Obtidas	Proporção Percentual
Instituição A	125	5	4%
Instituição B	50	24	48%
Instituição C	20	12	60%
Instituição D	20	13	65%
Instituição E	40	9	22,5%
Instituição F	16	16	100%
Instituição G	22	11	50%
Instituição H	14	3	21,4%
Total	307	93	30,3%

### 3.7-Instrumentos de colheita de dados

A escolha dos instrumentos de investigação deve ser adequada ao tipo de estudo a utilizar, bem como à população em estudo e ao tipo de informação que se pretende recolher. (FORTIN, 2009)

Segundo a mesma autora, os instrumentos de colheita de dados, devem ser concordantes com “*as definições conceptuais das variáveis que fazem parte do quadro conceptual*”. (Fortin, 2009:368)

Tendo em consideração o disposto anteriormente, selecionamos para caracterização da nossa amostra um questionário sociodemográfico. Para avaliar os conceitos que pretendíamos estudar, escolhemos três escalas, validadas para a população portuguesa. Devemos salientar que a escala Mica 4 faz parte do estudo 1 sobre o estigma: Atitudes dos profissionais de saúde no contexto de psiquiatria que integra o projeto “*Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde*”. Este projeto de investigação, da ESEP, está alocado na Unidade Científico Pedagógica - Enfermagem: Disciplina e Profissão (UCP-EDP) e tem como objetivos:

- Melhorar a compreensão dos mecanismos subjacentes de saúde e doença;
- Melhorar a participação do paciente no processo de atenção (Melhoria da interação entre os pacientes, seus familiares, prestadores de cuidados, sistema de saúde e assistência social e informal);
- Melhorar a gestão da doença (Aumentar o nível de educação e a adesão dos indivíduos e famílias) e testar e demonstrar novos modelos e ferramentas para a saúde e cuidado.

**Objetivos específicos:**

- Identificar estigma e autoestigma interveniente no processo de saúde doença nos contextos do estudo;
- Identificar crenças e mitos associados à doença nos doentes, família e profissionais de saúde;
- Identificar como são incluídos os doentes e famílias no processo de decisão em saúde pelos profissionais de saúde (o que dizem e como o fazem);
- Identificar a perceção das necessidades dos doentes sob a ótica dos profissionais de saúde;
- Identificar a perceção das necessidades dos doentes sob a ótica dos próprios;
- Validar e/ou adaptar instrumentos de recolha de dados para a população portuguesa necessários à consecução do estudo;
- Participar em estudos multicêntricos sobre as temáticas em estudo.

As autorizações dos autores das escalas foram obtidas no âmbito do projeto do qual o nosso estudo faz parte.

**Questionário sociodemográfico:**

A caracterização sociodemográfica foi obtida através de um questionário com 14 questões de resposta fechada e aberta relativas às características pessoais e profissionais dos enfermeiros sendo que uma das perguntas procura saber se os enfermeiros têm um contacto direto para além do profissional com doentes mentais ou seja se têm familiares ou amigos com patologia psiquiátrica. (Anexo2)

### **Escala de Opiniões acerca da Doença Mental (EODM)**

Para se perceber quais as atitudes face à doença mental, foi utilizada a versão portuguesa de Oliveira (2005) da **Escala de Opiniões acerca da Doença Mental**, construída por Cohen e Struening (1962). É uma escala tipo Likert, composta por 51 itens, cujas respostas variam entre o 1 (concordo completamente) e o 6 (discordo completamente). Organizada e subdividida em 5 fatores que correspondem a 5 atitudes: **Autoritarismo** (onde se pretende avaliar a opinião do inquirido, sobre se o sujeito com patologia psiquiátrica pertence a uma “classe de pessoas com valor inferior”); **Benevolência** (pretende avaliar se o paternalismo do inquirido em relação ao indivíduo com patologia psiquiátrica, esta presente nas suas respostas); **Ideologia da Higiene Mental** (pretende-se perceber se o inquirido tem uma perceção do doente mental como sendo uma “pessoa normal”); **Restrição Social** (perceber se o inquirido vê no doente mental, perigosidade para a sociedade); **Etiologia Interpessoal** (perceber a opinião do inquirido quanto à crença de que a doença mental é resultante das más s experiencias interpessoais vividas na infância). (Anexo 3)

### **Inventário de Crenças sobre a doença Mental (ICDM)**

Para a análise das crenças sobre a doença mental, utilizou-se o **Inventário de Crenças sobre a doença Mental (ICDM)**, validado para a população portuguesa por Loureiro (2009). É uma escala tipo Likert, composta por **47 itens**, distribuídos por três fatores: traumas emocionais e profissionais; traumas à nascença; doença e comportamentos de risco; causas associadas ao envelhecimento e deterioração. O formato da resposta varia entre 1 (discordo completamente) e 6 (concordo totalmente). (Anexo 4)

### **Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4)**

Foi igualmente utilizado uma Escala das Atitudes dos Clínicos (profissionais de saúde) (MICA-4), diz respeito às afirmações sobre as atitudes dos participantes face à doença mental e à psiquiatria, a qual é constituída por 16 itens, de tipo Likert, com respostas que vão desde o 1 (concordo plenamente) ao 6 (discordo totalmente). A cotação é realizada pela soma dos valores correspondentes a cada resposta, atendendo à necessidade de recodificar itens (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 e 15) formulados em sentido inverso, o que significa que são cotados de forma invertida, ou seja, em que o valor 6 corresponde ao discordo totalmente e o valor 1 ao concordo totalmente. Desta forma, a pontuação mínima é 16 e a máxima 96, sendo que resultados mais baixos representam perceções menos estigmatizantes face à psiquiatria e à doença mental. Este instrumento foi alvo de tradução, adaptação e validação para a população portuguesa no âmbito do

projeto “*Representações, Famílias e Modelos de Intervenção em Saúde*” (encontrando-se o artigo para publicação). (Anexo 5)

### **Validade Interna dos Instrumentos**

Antes de se proceder ao tratamento estatísticos dos dados optou-se por avaliar a validade interna dos instrumentos para a presente amostra através da análise da fiabilidade dos domínios e da apreciação da homogeneidade dos itens, ou seja, verificar a consistência interna das dimensões, utilizando o *Alpha de Cronbach*, e esperando obter valores aproximados ou superiores a 0,7 (Lisboa et al 2005), como sendo o valor de referência para que consistência interna seja considerada bastante aceitável.

Através da tabela seguinte verifica-se que no ICDM os valores de consistência oscilam entre 0,615 (no domínio da incurabilidade) e 0,874 (dimensão da doença como causa de estigma e discriminação). De uma forma geral verifica-se que os valores obtidos permitem assumir que existe validade interna dos vários domínios do instrumento, pois mesmo as dimensões com validade mais baixa apresentam valores bastante aproximados do valor de referência. A escala geral obteve um *Alpha* de 0,788, manifestando que os dados do presente estudo apresentam uma consistência interna bastante aceitável.

Na escala de opiniões sobre a doença mental os resultados estão compreendidos entre 0,639 (dimensão da benevolência) e 0,851 (autoritarismo). Os valores permitem assumir que existe igualmente validade interna dos resultados em todas as dimensões, e a consistência do total da escala é também bastante aceitável.

Por fim, verifica-se que no MICA-4 o *Alpha de Cronbach* 's é bastante bom (0,844), demonstrando que este instrumento apresenta igualmente uma consistência interna bastante elevada.

**Tabela 2 - Consistência interna dos Instrumentos**

Instrumento	Domínios	n	Média	Desvio Padrão	Alpha de Cronbach's	Alpha de Cronbach's Total
Inventário de crenças sobre a doença mental	Incurabilidade	93	3,0	,70	,615	,788
	Reconhecimento Doença	93	4,4	,68	,756	
	Causa de Estigma e Discriminação	93	2,0	,67	,698	
	Perigosidade	93	2,6	,79	,874	
	Condição Médica	93	4,8	,74	,712	
	Responsabilidade Individual	93	3,0	,74	,665	
Escala de Opiniões acerca da Doença Mental	Autoritarismo	93	4,2	,69	,851	,751
	Benevolência	93	3,7	,41	,639	
	Ideologia da Higiene Mental	93	3,2	,63	,785	
	Restrição Social	93	4,2	,54	,763	
	Etiologia Interpessoal	93	4,7	,81	,643	
MICA-4	Presença de Estigma	93	31,8	8,86	,844	,844

### 3.8 - Considerações Éticas

A Ética em investigação em saúde obedece a regras bem definidas que visam salvaguardar a integridade dos participantes, bem como a sua vida privada e informações sigilosas ou mais sensíveis. Neste sentido, é importante ter em consideração a seleção da temática, o tipo de estudo, o recrutamento dos participantes, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados, a análise e divulgação dos resultados.

Nos estudos de cariz quantitativo, à semelhança de outro tipos de estudos, há princípios éticos a ter em consideração: a voluntariedade em participar, a possibilidade de desistir a qualquer momento, a confidencialidade e o anonimato, devem ficar assegurados, e explícitos para todos os participantes.

Assim, neste estudo, foram respeitados os princípios éticos. A participação no estudo foi voluntária, tendo por base um consentimento presumido, anexado ao pedido de colaboração dos participantes (Anexos1 e 2) que o participante destacava, depois de aceitar participar no estudo e devolvia ao responsável pela recolha de dados, antes de preencher o questionário. Ficaram asseguradas a confidencialidade e anonimato pela codificação dos questionários (não sendo passível de identificar instituição, serviço e/ou participante), bem como a possibilidade de desistência ou não colaboração no projeto. Não houve qualquer tipo de financiamento ao estudo, tendo os custos financeiros

inerentes às deslocações às instituições, bem como os custos de reprografia, sido financiados pelo investigador.

### 3.9 - Análise e tratamento de dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.0. Numa primeira abordagem, este momento restringiu-se à análise descritiva dos dados, sendo apresentadas tabelas de frequência e de medidas de tendência central e de dispersão para as questões de caracterização da amostra. No caso dos domínios dos instrumentos utilizados, por se tratar de variáveis contínuas/numéricas, as tabelas descritivas apresentadas incluíram os valores médios e respetivos valores do desvio padrão, bem como outras medidas de tendência central.

Após a análise descritiva dos resultados realizou-se uma análise inferencial, com o objetivo de tirar conclusões significativas sobre a relação entre as variáveis. Para efeito da comparação das médias das dimensões recorremos ao teste estatístico *t de Student* (por ser próprio para a comparação entre dois grupos independentes), e para verificar a relação entre os domínios dos vários instrumentos utilizou-se a correlação de *Pearson*. Em qualquer dos procedimentos adotamos o intervalo de confiança de 95% (significância estatística ao nível de 0,05 -  $p \leq 0,05$ ).

Outro aspeto a referir é que se realizou a análise da validade interna dos domínios dos instrumentos através da análise do *Alpha de Cronbach's*, não só com o objetivo de avaliar a consistência interna da presente amostra, mas também para poder estabelecer um comparativo com outros estudos que utilizaram os mesmos instrumentos.

Para terminar, resta mencionar, que se recorreu essencialmente a estatística paramétrica, não só porque o valor da amostra o permite, mas também porque através da análise preliminar com o teste de *Kolmogorov-Smirnov* com a correção de *Lilliefors*, e confirmou-se que as variáveis cumprem o critério da distribuição normal, o que reforça a utilização de estatística paramétrica.”



### PARTE III - ANÁLISE E DISCUSÃO DOS RESULTADOS

*“A apresentação, a análise e interpretação dos resultados de uma investigação são etapas distintas no processo de investigação. Na apresentação dos resultados, o investigador dá conta da análise estatística dos dados, realizada por meio de diferentes testes. (...). É assim, levado a comparar, confrontar os resultados entre si e a fazer referência à teoria e aos trabalhos anteriores relacionados com o fenómeno que estudou. (...) põe em evidência a contribuição da investigação e formula recomendações relativas à investigação e à prática.” (FORTIN,2009)*



## 4 - RESULTADOS

Para análise estatística, foram considerados válidos os questionários, cujo seu preenchimento num todo, ou seja, o conjunto dos quatro instrumentos (questionário sociodemográfico, e as escalas de avaliação de atitudes, crenças e opiniões), obtivessem um mínimo de 80% preenchido corretamente. Todos os questionários que não estavam preenchidos corretamente, e/ou dentro deste mínimo foram considerados nulos. Foram igualmente consideradas nulas, respostas a determinadas questões, que não obedecem aos parâmetros estipulados pelo instrumento em questão.

### 4.1 - Caracterização estatística da amostra

Como referido anteriormente a amostra do presente estudo ficou constituída por 93 profissionais de saúde que desempenham funções na área da saúde mental. Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos, sendo que em média a amostra apresenta aproximadamente 39 anos de idade ( $m=38,8$ ;  $dp=10,26$ ). A mediana indica que pelo menos 50% dos profissionais apresenta idade igual ou inferior a 37 anos, e a idade mais frequentemente encontrada é de 50 anos.

Tabela 3 - Idade dos Inquiridos

N	Válido	93
Média		38,8
Mediana		37
Moda		50
Desvio Padrão		10,26
Mínimo		20
Máximo		59

Na tabela seguinte é possível verificar que a percentagem mais expressiva de elementos pertence ao sexo feminino (mais propriamente 66,7%, n=62). A amostra é composta maioritariamente por elementos casados (59,85, n=55) ou solteiros (32,6%; n=30), e a percentagem mais expressiva de inquiridos trabalha na parte do internamento (92,9%; n=79).

**Tabela 4 - Género, Estado Civil e Local de Trabalho**

	n	%	
Género	Masculino	31	33,3%
	Feminino	62	66,7%
Estado Civil	Solteiro(a)	30	32,6%
	Casado(a)/União de Facto	55	59,8%
	Divorciado(a)	6	6,5%
	Separado(a)	1	1,1%
	Viúvo(a)	0	0,0%
Local	Internamento	79	92,9%
	Ambulatório	6	7,1%

O equivalente a 79,6% (n=74) dos participantes apresentam a licenciatura como o grau académico mais elevado, o valor de 7,5% (n=7) possui o mestrado, e a mesma percentagem assinalou outra habilitação académica, mais propriamente a pós-graduação ou uma especialidade. As demais percentagens, de 5,4% (n=5) detém o bacharelato.

Verifica-se, igualmente, que metade dos participantes apresenta a categoria profissional de enfermeiro (50%; n=46), seguindo-se os enfermeiros graduados com especialidade (26,1%; n=24) e os enfermeiros graduados (14,1%; n=13). As demais categorias alcançaram valores percentuais reduzidos ou não foram assinaladas.

**Tabela 5 - Habilitações Literárias e Categoria Profissional**

	n	%
Habilitações Académicas	Bacharelato	5 5,4%
	Licenciatura	74 79,6%
	Mestrado	7 7,5%
	Outra	7 7,5%
Categoria Profissional	Enfermeiro(a)	46 50,0%
	Enfermeiro(a) graduado(a)	13 14,1%
	Enfermeiro(a) graduado(a) com Especialidade	24 26,1%
	Enfermeiro(a) Chefe	5 5,4%
	Enfermeiro (a) Supervisor(a)	3 3,3%

Quando questionados sobre a área de especialidade é de referir que se obtiveram poucas respostas (somente 15) e, destas, a maioria referiu a especialidade em saúde mental e psiquiatria, bem como em reabilitação física. Relativamente ao número de anos completos que se encontram na categoria atual as respostas apontam para uma média de 10 anos ( $m=10,3$ ;  $dp=6,84$ ), e a média de anos em que os inquiridos se encontram a trabalhar nos cuidados em contexto hospitalar é de 14 anos ( $m=14,0$ ;  $dp=10,18$ ). No que respeita ao número de anos no exercício da profissão a média é ligeiramente mais elevada, e os elementos da amostra exibem uma média de 15 anos no desempenho de funções ( $m=15,0$ ;  $dp=9,74$ ).

**Tabela 6 - Número de Anos na Profissão, na Prestação de Cuidados e na Categoria Profissional**

	n	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Min	Max
Número de anos na categoria atual	85	10,3	10	3	6,84	0	33
Número de anos nos cuidados em contexto hospitalar	87	14,0	12	2	10,18	0	35
Número de anos no exercício da profissão	88	15,4	14	2	9,74	2	36

Quando questionados sobre as áreas funcionais que desempenham predominantemente a maioria dos inquiridos assinalou que está na prestação de cuidados (92,5%;  $n=86$ ). O valor de 14% ( $n=13$ ) também desempenha funções de gestão, e 5,4% ( $n=5$ ) refere que está ligado à formação. Existe ainda o correspondente a 3,2% ( $n=3$ ) que indicou outra área funcional como, por exemplo, gestão do risco.

**Tabela 7 - Áreas Funcionais que Desempenha**

	n	%
Prestação de Cuidados	86	92,5%
Formação	5	5,4%
Gestão	13	14,0%
Outra	3	3,2%

A grande maioria de enfermeiros refere que durante a formação académica teve alguma disciplina sobre saúde mental/psiquiatria (97,8%; n=92), e a maioria afirma que teve a unidade curricular ao longo do curso de enfermagem (70%; n=63). Da mesma forma, também a maior parte dos participantes afirma que durante a formação académica teve conteúdos sobre a saúde mental/psiquiatria em várias disciplinas (70,3%; n=64), e decorreu igualmente ao longo do curso de enfermagem (67,7%; n=26). Na questão se frequentaram ações de formação específica sobre saúde mental/psiquiatria para além da formação académica a percentagem mais expressiva de elementos respondeu afirmativamente (85,9%; n=79), e as ações de formação ocorreram maioritariamente em contexto de formação em serviço ou de formação contínua (36,7%; n=29 e 32,9%; n=26 respetivamente).

**Tabela 8 - Formação Sobre Saúde Mental/Psiquiatria**

		n	%
Durante a formação teve alguma disciplina sobre saúde mental	Sim	90	97,8%
	Não	1	1,1%
Em que formação	Curso de enfermagem	63	70,0%
	Curso de medicina	0	0,0%
	Curso de Psicologia	0	0,0%
	Especialidade	27	30,0%
	Outro	0	0,0%
Durante a formação teve algum conteúdo sobre a saúde mental/psiquiatria	Sim	64	70,3%
	Não	26	28,6%
Em que formação	Curso de enfermagem	44	67,7%
	Curso de medicina	1	1,5%
	Curso de Psicologia	0	0,0%
	Especialidade	19	29,2%
	Outro	1	1,5%
Frequentou ações de formação específicas sobre saúde mental para além da formação académica	Sim	79	85,9%
	Não	12	13,0%
Em que contexto	Contexto académico	10	12,7%
	Contexto formação em serviço	29	36,7%
	Formação contínua	26	32,9%
	Autoformação	14	17,7%

Por fim, verifica-se que a percentagem de 30,4% (n=28) dos inquiridos afirma ter algum familiar que apresente doença psiquiátrica. O equivalente a 48,9% (n=45) refere que tem algum amigo que padece de doença psiquiátrica, e no caso de colegas a percentagem aumenta ligeiramente para 54,3% (n=50).

**Tabela 9 - Existência de Algum Conhecido com Doença Psiquiátrica**

		n	%
Tem algum familiar com doença psiquiátrica	Sim	28	30,4%
	Não	64	69,6%
Tem algum amigo com doença psiquiátrica	Sim	45	48,9%
	Não	47	51,1%
Tem algum colega com doença psiquiátrica	Sim	50	54,3%
	Não	42	45,7%

#### 4.2 - Resultados dos instrumentos

Seguidamente far-se-á uma descrição detalhada dos resultados de cada um dos instrumentos utilizados no presente estudo.

##### **Resultados do ICDM (Inventário de Crenças sobre a doença mental)**

Como mencionado anteriormente o ICDM é composto por seis dimensões. A primeira, da **Incurabilidade**, faz referência aos itens que dizem respeito à crença que a doença mental é crónica e incurável e que a medicação é necessária para o controlo do doente. Quanto maior a pontuação, maior será a crença nestes aspetos. Este domínio é composto por 10 itens, logo pode obter de 10 a 60 pontos. Os inquiridos alcançam resultados situados entre os 10 e os 60 valores, e a média (m=29,7%; n=6,98) indica que no geral os participantes **manifestam uma crença moderada baixa da incurabilidade e incapacidade crónica dos doentes para assumirem responsabilidades laborais e familiares.**

Seguidamente encontra-se a dimensão do **Reconhecimento da Doença** que também pode alcançar de 10 a 60 pontos. Os inquiridos obtiveram de 15 a 57 valores, com uma média de 44,1 (dp=6,78), uma mediana de 45 e a moda é de 42. Estes valores demonstram que na generalidade os inquiridos apresentam uma crença moderada alta não estigmatizante da doença mental e parece existir uma aceitação da doença e acreditação do tratamento e reabilitação dos doentes mentais desde que do início o tratamento seja adequado.

Na dimensão da **Doença como Causa de Estigma e Discriminação** (8 itens) os profissionais alcançaram valores entre 8 e 31 pontos. Tendo em consideração a média (16,2; dp=5,38), a mediana (15,0) e a moda (13,0) pode-se afirmar que os inquiridos apresentam uma baixa crença pessoal de que a doença mental pode criar estigma e discriminação nos círculos íntimos dos doentes. Na **Perigosidade** (7 itens) os intervalos são de 7 a 42 valores. Os resultados presentes na tabela demonstram que os enfermeiros não vêm os doentes mentais como pessoas perigosas e com comportamentos imprevisíveis (média=18,0; dp=5,55; mediana e moda=18).

No que concerne ao domínio da **Condição Médica** (5 itens, intervalos: 5 - 30) verifica-se que os participantes acreditam fortemente que a doença mental é uma condição clínica e, como outras doenças, precisam de tratamento medicamentoso (média=23,9; dp=3,72; mediana e moda=25). Por fim, verifica-se que a **Responsabilidade Individual** (5 itens, 5 - 30 pontos) obteve pontuação entre 5 e 24 pontos. Os enfermeiros não acreditam vincadamente que cada indivíduo é responsável pela sua saúde mental e que existe falta de cuidado das pessoas que padecem de uma doença mental.

Assim, de uma forma geral, transparece a ideia de que os inquiridos não manifestam crenças claramente negativas sobre a doença mental, tendo consciência de que a presença de uma doença mental não está relacionada com a sorte do indivíduo, mas que o tratamento passa essencialmente pelo cumprimento da terapêutica. No entanto, existe uma certa noção de que as doenças mentais são cíclicas, e existe alguma crença na dificuldade da cura das mesmas.

**Tabela 10 - Resultados Descritivos dos Domínios do ICDM**

	n	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Min	Max
Incurabilidade	93	29,7	30	25	6,98	11	45
Reconhecimento Doença	93	44,1	45	42	6,78	15	57
Causa de Estigma e Discriminação	93	16,2	15	13	5,38	8	31
Perigosidade	93	18,0	18	18	5,55	7	34
Condição Médica	93	23,9	25	25	3,72	7	30
Responsabilidade Individual	93	15,0	15	14	3,69	5	24

De forma a poder comparar os resultados dos domínios entre si (para ver em quais as crenças estão mais visíveis) optou-se por transformar os resultados de todas as dimensões no mesmo intervalo, dividindo a soma dos itens pelo número de itens que compõem cada domínio. Assim, verifica-se que a crença está mais visível na Condição Médica ( $m=4,8$ ;  $dp=0,74$ ), seguindo-se o Reconhecimento da Doença ( $m=4,4$ ;  $dp=0,68$ ), indicando que os inquiridos tendem a apresentar maior concordância com os itens que afirmam que a doença mental é uma condição médica como as outras doenças, e a medicação ajuda a compensar os doentes. Também existe aceitação da doença, e acreditam no reconhecimento da doença e na necessidade de tratamento, em particular se os doentes forem diagnosticados atempadamente e tiverem o tratamento adequado.

A crença é mais reduzida na Doença como causa de Estigma e Discriminação ( $m=2,0$ ;  $dp=0,67$ ), já que os participantes tendem a discordar que a existência de doença mental cause embaraço ou vergonha, e que os doentes devem ter receio de assumir o problema. Também a média é mais reduzida na Perigosidade ( $m=2,6$ ;  $dp=0,79$ ), ou seja, os enfermeiros não acreditam que a doença mental leve à criminalidade ou que os portadores de doença mental sejam indivíduos perigosos e sem competências sociais.

Tabela 11 - Comparação dos Domínios do ICDM

	n	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Incurabilidade	93	3,0	3,0	2,5	,70
Reconhecimento Doença	93	4,4	4,5	4,2	,68
Causa de Estigma e Discriminação	93	2,0	1,9	1,6	,67
Perigosidade	93	2,6	2,6	2,6	,79
Condição Médica	93	4,8	5,0	5,0	,74
Responsabilidade Individual	93	3,0	3,0	2,8	,74

### Resultados da EODM (Escala opiniões sobre a doença mental)

Passando para os resultados da escala sobre as opiniões dos inquiridos sobre a doença mental é importante lembrar que a mesma é composta por 5 dimensões. O primeiro domínio, designado por **Autoritarismo**, obteve valores situados entre 23 e 61 pontos. Sendo que esta dimensão é composta por 11 itens, pode obter de 11 a 66 valores, pelo que a média indica que os inquiridos obtiveram um score moderado ( $m=45,7$ ;  $dp=7,60$ ), e tendem a crer que o doente mental tende a necessitar de intervenção coerciva por parte dos profissionais de saúde, pois tendem a apresentar um funcionamento algo estereotipado.

Na **Benevolência** (14 itens) os resultados estão centrados entre 34 e 67 pontos (intervalo possível: 14 - 84), e a média sugere que os participantes apresentam moderadamente uma atitude “simpática” para com o doente mental ( $m=51,4$ ;  $dp=5,71$ ), porém um pouco paternalista e protetora. Apesar de encorajarem o tratamento, apresentam simultaneamente algum receio perante o doente.

Quanto à **Ideologia da Doença Mental** (9 itens) a média é de 28,7 ( $dp=5,71$ ), o que indica que os enfermeiros apresentam uma opinião moderada e neutra sobre a doença mental. Existe resistência ao estigma tradicional e confiança na intervenção dos profissionais de saúde, mas ainda assim o doente mental não é visto como uma pessoa completamente normal.

Relativamente à **Restrição Social** (10 itens, intervalo de 10-60 pontos) verifica-se que os inquiridos tendem a acreditar que as estruturas e contextos de tratamento devem apresentar alguma rigidez e restrição para o doente ( $m=41,7$ ;  $dp=5,40$ ), apesar de não serem considerados mais perigosos que as pessoas em geral e de não se justificar o isolamento social e familiar.

Na dimensão da **Etiologia Interpessoal** (7 itens) pode-se obter de 7 a 42 pontos. A média indica que existe a tendência para os inquiridos não considerarem a doença mental

como resultado direto das escolhas individuais feitas ao longo da vida ou das circunstâncias da infância, embora a escolha e manutenção do tratamento dependa primordialmente do doente.

**Tabela 12 - Resultados Descritivos dos Domínios da Escala ODM**

	n	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Min	Max
Autoritarismo	93	45,7	46	45	7,60	23	61
Benevolência	93	51,4	52	52	5,71	34	67
Ideologia da Higiene Mental	93	28,7	28	27	5,71	18	50
Restrição Social	93	41,7	42	43	5,40	22	55
Etiologia Interpessoal	93	32,6	33	33	5,67	17	42

Quanto à média dos vários domínios verifica-se que se destaca a Etiologia Interpessoal ( $m=4,7$ ;  $dp=0,81$ ), seguindo-se o Autoritarismo e a Restrição Social ( $m=4,2$  em ambas as dimensões). Apesar das opiniões não serem claramente negativas, estes resultados demonstram que os inquiridos acreditam que deve existir alguma imposição dos profissionais ao longo do tratamento, e que o doente é o principal responsável pelo seu estado de saúde, mas que não deve estar restringido socialmente. A dimensão onde a média é mais baixa é na Ideologia da Higiene mental ( $m=3,2$ ;  $dp=0,63$ ), o que indica existir uma concordância com uma visão “positiva” e de pouca perigosidade do portador de doença mental, embora lhes seja atribuída alguma incapacidade.

**Tabela 13 - Comparação dos Domínios da Escala ODM**

	n	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Autoritarismo	93	4,2	4,2	4,1	,69
Benevolência	93	3,7	3,7	3,7	,41
Ideologia da Higiene Mental	93	3,2	3,1	3,0	,63
Restrição Social	93	4,2	4,2	4,3	,54
Etiologia Interpessoal	93	4,7	4,7	4,7	,81

### Resultados da MICA-4 (Mental Illness: Clinicians' Attitudes)

No que concerne à MICA-4, é importante lembrar que a pontuação mínima é de 16 e a máxima é de 96, sendo que resultados mais baixos representam percepções menos estigmatizantes face à psiquiatria e à doença mental.

Os participantes do estudo alcançaram de 17 a 59 pontos, e a média está aproxima dos 32 valores ( $m=31,8$ ;  $dp=8,86$ ), o que demonstra que o score é relativamente baixo dentro do intervalo possível de obter. A mediana e a moda (30 e 27 respetivamente) confirmam que os resultados são geralmente baixos, reforçando que os profissionais não apresentam uma atitude crítica relativamente à doença mental, logo a presença de estigma é relativamente baixa.

Tabela 14 - Resultados Descritivos do MICA-4: Presença de Estigma

n	Válido	93
Média		31,8
Mediana		30
Modo		27
Desvio Padrão		8,86
Mínimo		17
Máximo		59

### Comparação dos Resultados

De forma a aprofundar os resultados e verificar se existe oscilação das opiniões, crenças e atitudes face à doença mental mediante algumas características dos profissionais optou-se por realizar a comparação dos resultados mediante algumas variáveis caracterizadoras consideradas pertinentes para o estudo e cuja distribuição percentual permita realizar uma comparação estatística.

Para efeitos de comparações das médias das dimensões por grupos (de forma a avaliar se as diferenças encontradas são estatisticamente significativas) recorreu-se ao teste estatístico *T de Student*, por se mostrar indicado à comparação de médias entre dois grupos independentes. Este teste tem subjacentes a hipótese nula (que afirma existir igualdade de resultados) e a hipótese alternativa (que menciona que as diferenças

encontradas são significativas). Pode-se rejeitar a hipótese nula e aceitar a relação entre as variáveis sempre que o nível de significância for igual ou inferior a 0,05 ( $p \leq 0,05$ ).

Seguidamente encontra-se a comparação dos resultados pela variável do género dos inquiridos. Verifica-se que ao nível do ICDM apenas se encontra uma diferença de médias que é considerada estatisticamente significativa, mais propriamente na Condição Médica ( $t=2,096$ ;  $p=0,039$ ), permitindo rejeitar a igualdade de resultados, e afirmar seguramente que a crença neste domínio oscila mediante o género do respondente, sendo que a média é mais elevada por parte dos elementos masculinos ( $m=25,8$ ;  $dp=2,14$ ).

Ao nível das opiniões sobre a doença mental apenas existe diferença dos resultados por género no domínio do Autoritarismo ( $t=2,532$ ;  $p=0,013$ ), e a média é mais elevada por parte dos participantes masculinos ( $m=48,4$ ;  $dp=6,95$ ), sugerindo que os inquiridos do sexo masculino tendem a apresentar uma postura mais autoritária e coerciva do que os elementos femininos.

**No que respeita às atitudes dos clínicos importa referir que não se verifica diferença estatística mediante o sexo dos participantes ( $t=0,635$ ;  $p=0,527$ ), confirmando que esta variável não apresenta influência nos resultados da presença de estigma da doença mental.**

Tabela 15 - Comparação dos Resultados pelo Género dos Inquiridos

	Género	Média	DP	Teste <i>t</i>	
				<i>t</i>	<i>p</i>
ICDM	Masc	28,9	7,75	-,792	,431
	Fem	30,1	6,59		
	Masc	45,0	5,64	,930	,355
	Fem	43,6	7,28		
	Masc	15,4	3,73	-1,037	,302
	Fem	16,6	6,02		
	Masc	18,5	6,09	,546	,586
	Fem	17,8	5,30		
	Masc	25,8	2,14	<b>2,096</b>	<b>,039</b>
	Fem	23,4	4,25		
EODM	Masc	14,5	2,91	-,863	,390
	Fem	15,2	4,03		
	Masc	48,4	6,95	<b>2,532</b>	<b>,013</b>
	Fem	44,3	7,59		
	Masc	52,1	6,22	,749	,456
	Fem	51,1	5,47		
	Masc	28,1	4,72	-,672	,503
	Fem	28,9	6,16		
	Masc	42,0	4,89	,344	,731
	Fem	41,6	5,68		
Presença de Estigma	Masc	33,8	4,72	1,377	,172
	Fem	32,1	6,05		
Presença de Estigma	Masc	32,6	0,28	,635	,527
	Fem	31,3	8,12		

Seguidamente surge a comparação dos domínios de todos os instrumentos mediante a frequência ou não de ações de formação específicas sobre saúde mental/psiquiatria. Na tabela subsequente é possível constatar que apenas surge uma diferença significativa, mais propriamente na dimensão do Reconhecimento da Doença ( $t=2,167$ ;  $p=0,043$ ), e verifica-se que são os profissionais que afirmam ter frequentado no passado ações de formação específicas sobre o tema que apresentam a média mais elevada ( $m=45,0$ ,  $dp=5,93$ ), ou seja, os inquiridos que procuraram formação sobre a temática tendem a manifestar uma postura menos estigmatizante da doença mental e de maior aceitação da doença e da reabilitação.

Nas demais dimensões não se verificaram diferenças estatísticas mediante a frequência ou não de formação específica ( $p > 0,05$ ), indicando que não existe uma oscilação das opiniões e da presença de estigma mediante a presença em ações de formação.

**Tabela 16 - Comparação dos Resultados pela Frequência de Ações de Formação Específicas sobre Saúde Mental**

	Frequentou ações de formação específicas	Média	Desvio Padrão	Teste t	
				t	p
Incurabilidade	Sim	30,2	7,04	1,457	,149
	Não	27,0	6,55		
Reconhecimento Doença	Sim	45,0	5,93	<b>2,167</b>	<b>,043</b>
	Não	42,0	4,18		
Causa de Estigma e Discriminação	Sim	15,8	5,19	-,884	,379
	Não	17,2	4,76		
Perigosidade	Sim	17,9	5,58	-,313	,755
	Não	18,4	5,18		
Condição Médica	Sim	24,4	2,75	1,369	,174
	Não	23,2	3,74		
Responsabilidade Individual	Sim	14,8	3,51	,152	,880
	Não	14,7	4,05		
Autoritarismo	Sim	45,9	7,89	,631	,530
	Não	44,4	6,01		
Benevolência	Sim	51,4	5,75	-,202	,841
	Não	51,8	5,98		
Ideologia da Higiene Mental	Sim	28,6	5,23	1,008	,316
	Não	26,9	5,28		
Restrição Social	Sim	41,8	5,78	,219	,827
	Não	41,4	2,48		
Etiologia Interpessoal	Sim	32,8	5,47	1,542	,127
	Não	30,2	6,32		
Presença de Estigma	Sim	31,6	9,02	-,565	,574
	Não	33,1	8,84		

Ao comparar os resultados obtidos mediante a variável da existência de algum familiar com doença mental constata-se que não se obteve diferenças significativas em qualquer dimensão, e em qualquer instrumento. Assim, a existência ou não de um familiar portador de doença mental não parece exercer influência nas crenças, opiniões e atitudes dos profissionais.

Tabela 17 - Comparação dos Resultados pela Existência de Familiares com Doença Mental

	Tem algum familiar com doença psiquiátrica	Média	Desvio Padrão	Teste t		
				t	p	
ICDM	Incurabilidade	Sim	29,2	7,28	-,535	,594
		Não	30,0	6,93		
	Reconhecimento Doença	Sim	43,4	7,88	-,687	,494
		Não	44,5	6,30		
	Causa de Estigma e Discriminação	Sim	16,2	6,61	,055	,956
		Não	16,2	4,84		
	Perigosidade	Sim	17,3	5,86	-,768	,444
		Não	18,3	5,47		
	Condição Médica	Sim	23,9	4,07	,009	,993
		Não	23,9	3,63		
	Responsabilidade Individual	Sim	15,5	3,52	1,014	,313
		Não	14,7	3,74		
ODM	Autoritarismo	Sim	45,6	8,91	-,103	,918
		Não	45,8	6,98		
	Benevolência	Sim	51,8	5,42	,411	,682
		Não	51,3	5,92		
	Ideologia da Higiene Mental	Sim	28,5	6,77	-,142	,888
		Não	28,7	5,29		
	Restrição Social	Sim	42,4	6,07	,720	,473
		Não	41,5	5,13		
	Etiologia Interpessoal	Sim	32,8	6,58	,148	,883
		Não	32,7	5,26		
	Presença de Estigma	Sim	30,8	7,56	-,603	,548
		Não	32,0	9,43		

Da mesma forma, também ao nível da comparação das médias pela existência de algum amigo portador de doença psiquiátrica não se encontraram diferenças significativas. Efetivamente o conhecimento da doença, bem como as crenças e atitudes dos profissionais, não oscila mediante a existência de alguém próximo que padeça de doença mental.

**Tabela 18 - Comparação dos Resultados pela Existência de Amigos com Doença Mental**

	Tem algum amigo com doença psiquiátrica	Média	Desvio Padrão	Teste t		
				t	p	
ICDM	Incurabilidade	Sim	29,0	7,46	-,974	,333
		Não	30,5	6,55		
	Reconhecimento Doença	Sim	44,7	7,72	,724	,471
		Não	43,6	5,82		
	Causa de Estigma e Discriminação	Sim	15,3	4,93	-1,569	,120
		Não	17,0	5,74		
	Perigosidade	Sim	18,0	6,19	-,102	,919
		Não	18,1	4,98		
	Condição Médica	Sim	24,1	4,24	,464	,644
		Não	23,7	3,24		
	Responsabilidade Individual	Sim	14,6	3,42	-,713	,478
		Não	15,2	3,92		
ODM	Autoritarismo	Sim	44,6	8,70	-1,497	,138
		Não	46,9	6,19		
	Benevolência	Sim	51,2	5,10	-,355	,724
		Não	51,6	6,35		
	Ideologia da Higiene Mental	Sim	28,7	6,20	,050	,960
		Não	28,6	5,34		
	Restrição Social	Sim	41,1	6,28	-1,256	,212
		Não	42,5	4,38		
	Etiologia Interpessoal	Sim	32,3	6,18	-,635	,527
		Não	33,1	5,16		
	Presença de Estigma	Sim	32,7	8,05	1,056	,294
		Não	30,7	9,59		

Na comparação dos instrumentos mediante a existência de algum colega com doença psiquiátrica obteve-se uma diferença estatisticamente significativa ( $t=1,749$ ;  $p=0,048$ ) no domínio da escala das opiniões designado por Restrição Social. Os resultados demonstram que são os indivíduos que têm algum colega com doença mental que apresentam a média mais baixa ( $m=40,9$ ;  $dp=5,96$ ), ou seja, são estes elementos que defendem o desenvolvimento de estruturas e contextos de tratamento menos restritivos para o doente e que consideram os doentes psiquiátricos menos inconvenientes para a comunidade.

Tabela 19 - Comparação dos Resultados pela Existência de Colegas com Doença Mental

	Tem algum colega com doença psiquiátrica	M	DP	Teste t		
				t	p	
ICDM	Incurabilidade	Sim	29,5	7,47	-,389	,698
		Não	30,1	6,49		
	Reconhecimento Doença	Sim	44,7	7,22	,845	,400
		Não	43,5	6,27		
	Causa de Estigma e Discriminação	Sim	16,1	5,26	-,106	,916
		Não	16,3	5,63		
	Perigosidade	Sim	18,6	5,58	1,078	,284
		Não	17,3	5,57		
	Condição Médica	Sim	24,0	3,71	,307	,759
		Não	23,7	3,82		
	Responsabilidade Individual	Sim	14,6	3,14	-,834	,407
		Não	15,3	4,23		
ODM	Autoritarismo	Sim	45,7	8,62	-,119	,906
		Não	45,9	6,20		
	Benevolência	Sim	51,6	5,14	,309	,758
		Não	51,2	6,46		
	Ideologia da Higiene Mental	Sim	28,0	4,96	-1,163	,248
		Não	29,4	6,53		
	Restrição Social	Sim	40,9	5,86	<b>-1,749</b>	<b>,048</b>
		Não	42,8	4,67		
	Etiologia Interpessoal	Sim	32,9	5,83	,411	,682
		Não	32,4	5,50		
Presença de Estigma	Sim	31,6	8,55	-,127	,899	
	Não	31,8	9,35			

Por fim, e de forma a verificar de que forma os domínios do ICDM e da escala ODM se relacionam com as atitudes/presença de estigma optou-se por recorrer à correlação de *Pearson*, por se tratar do procedimento indicado para verificar a associação entre variáveis quantitativas. Na correlação trabalha-se com dois valores em simultâneo: o valor da associação ( $r$ ), que se pode situar de 0 a 1 e quanto mais afastado o valor do zero, maior é a associação entre as variáveis; e o valor de  $p$ , e sempre que  $p \leq 0,05$  pode-se assumir que existe relação entre as variáveis.

Na tabela seguinte, é possível observar, que as atitudes dos clínicos/presença de estigma, apresenta algumas correlações significativas com duas dimensões do ICDM. Existe uma relação vincada e positiva entre a presença de estigma e a crença sobre a incurabilidade da doença mental ( $r=0,510$ ), e pode-se confirmar a existência de relação entre as variáveis através do nível de significância ( $p=0,023$ ). A direção da associação demonstra que a presença de estigma é maior por parte dos elementos que manifestam maiores scores no domínio da incurabilidade, ou seja, que manifestam mais crença na cronicidade da doença e na dificuldade de tratamento.

Da mesma forma, existe uma associação moderada e positiva entre as atitudes dos clínicos e a crença da doença como causa de estigma e discriminação ( $r=0,431$ ;  $p=0,031$ ), o que significa que os elementos que acreditam que existe estigma nos circuitos sociais mais próximos do indivíduo são os que apresentam as atitudes com mais presença de estigma.

Em relação às correlações obtidas entre o MICA-4 e os domínios da ODM constata-se que existe associação com quase todas as dimensões. Existe uma relação moderada e positiva com o Autoritarismo ( $r=0,403$ ;  $p=0,041$ ), o que indica que os elementos com tendência a considerar que os profissionais devem ter uma postura mais coerciva e controladora com os portadores de doença mental são os que apresentam maiores scores de estigma.

Por outro lado, existe uma associação forte, mas negativa com a Benevolência ( $r=-0,511$ ;  $p=0,022$ ), demonstrando que os elementos com mais complacência e opinião mais “simpática” para com a doença mental são os que tendem a manifestar atitudes menos estigmatizantes. A relação com a Ideologia da Higiene mental com a presença de estigma é igualmente forte e negativa, ou seja, as variáveis trabalham no sentido inverso ( $r=0,522$ ;

p=0,005), ou seja, os profissionais com scores mais elevados na Ideologia da Higiene Mental tendem a apresentar scores mais baixos de atitudes de estigmatização.

Por fim, existe uma associação forte e positiva da Restrição Social com a presença de estigma ( $r=0,564$ ;  $p=0,001$ ), demonstrando que são os inquiridos que acreditam em estruturas mais rígidas de tratamento dos doentes com patologia mental que manifestam mais atitudes estigmatizantes para com a doença mental.

Tabela 20 - Correlações da ICDM e ODM com a MICA-4

		Presença de Estigma	
		<i>r</i>	<i>p</i>
ICDM	Incurabilidade	<b>,510</b>	<b>,023**</b>
	Reconhecimento Doença	-,231	,266
	Causa de Estigma e Discriminação	<b>,431</b>	<b>,031**</b>
	Perigosidade	,284	,184
	Condição Médica	-,241	,298
	Responsabilidade Individual	-,101	,201
ODM	Autoritarismo	<b>,403</b>	<b>,041**</b>
	Benevolência	<b>-,511</b>	<b>,022**</b>
	Ideologia da Higiene Mental	<b>-,522</b>	<b>,005*</b>
	Restrição Social	<b>,564</b>	<b>,001*</b>
	Etiologia Interpessoal	-,284	,084

\*\**. A correlação é significativa no nível 0,01*

\**. A correlação é significativa no nível 0,05*

O que os resultados apresentados anteriormente demonstram, é que existe pouca influência dos dados demográficos, pessoais e académicos nas crenças, opiniões e atitudes dos profissionais face à doença mental. No entanto, parece existir uma relação entre os três instrumentos, ou seja, a opinião e as crenças dos inquiridos sobre a doença mental parece ter uma relação direta com as atitudes e com a presença de estigma. Todavia, é de lembrar que ao longo da apresentação dos resultados verificou-se que existe pouco estigma e até uma postura condescendente relativamente à doença mental, e o facto de os scores estarem no geral equilibrados, pode efetivamente conduzir a poucas oscilações dos resultados na comparação das médias por variáveis pessoais e profissionais.

## 5 - DISCUSSÃO

Tendo em consideração estudos recentes (Firmin et al, 2016), a presença e persistência do estigma na doença mental, está intimamente relacionado com diferentes variáveis como a equidade em cuidados de saúde, esperança, auto-estima, auto-percepção, tipo de patologia psiquiátrica, acesso ao tratamento. A sua persistência, apesar das constantes campanhas contra o estigma, segundo estes autores, está fundamentada em estereótipos, como a condição social e económica; a raça, o género.

Numa análise mais cuidada, selecionamos estudos realizados por outros autores neste âmbito, embora com populações diferentes, nos quais foram utilizados os mesmos instrumentos de colheita de dados: **Escala de Opiniões acerca da Doença Mental (EODM); Inventário de Crenças sobre a doença Mental (ICDM; Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4)**, e tentamos perceber, se os resultados obtidos neste estudo e com a nossa população (enfermeiros a exercer funções em serviços de internamento de psiquiatria), se afastam ou se aproximam dos resultados obtidos por esses estudos.

Analisando o **Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICDM)** e numa comparação com resultados obtidos em outros estudos nomeadamente com alunos de enfermagem (Gil, 2010); e população em geral (Loureiro 2008), os domínios do **Reconhecimento da doença e Crença da doença como condição médica**, foram as áreas, à semelhança dos resultados obtidos no nosso estudo, em que mais se evidenciou **uma maior consciencialização por parte dos inquiridos, de que as perturbações psiquiátricas são de fato de “ordem médica”** e que um diagnóstico precoce e tratamento (farmacológico e psicoterapêutico) atempado contribuem para uma melhoria significativa da qualidade de vida dos doentes e famílias (Loureiro,2008; Gil, 2010). Em contrapartida a crença de que a doença seja **causa para estigma e discriminação**, é o domínio que apresenta valores mais baixos.

A crença na **Incurabilidade** e na **Perigosidade** apresentam valores medianamente elevados. (Loureiro,2008). Os resultados obtidos no nosso estudo, nestas 4 dimensões, os enfermeiros manifestam **baixa crença pessoal de que a doença mental por si só poderá causar estigma e discriminação**; não vêem os doentes mentais como pessoas perigosas e com comportamentos imprevisíveis; nem consideram que cada individuo seja responsável pela sua saúde mental ou que exista falta de cuidado das pessoas que padecem destas patologias; acreditam fortemente que a doença mental é uma condição clínica, como o são outras patologias e que precisam de tratamento medicamentoso.

Na **Escala de Atitudes sobre a doença Mental (EADM)**, que avalia as atitudes face à doença mental, Loureiro (2008), refere resultados muito semelhantes aos do nosso estudo em que apresenta médias mais reduzidas nos domínios do **Autoritarismo, Restrição social**. Sobre a **ideologia da higiene mental**, a população em estudo atribui a “traumas emocionais e profissionais”, deterioração física e envelhecimento, como causas mais prováveis para o aparecimento da patologia psiquiátrica. Segundo os autores, estes resultados manifestam alterações positivas na perceção que as pessoas têm sobre a doença mental.

Segundo Gil (2010), as dimensões **Benevolência e Ideologia da Higiene Mental** apresentam médias mais altas, o que segundo esta autora poderá indicar maiores “níveis de tolerância e sensibilidade sociais” em relação a esta temática, associando os valores obtidos das atitudes mais positivas em face de estas patologias, à **“relação de confiança na eficácia das intervenções dos profissionais especializados em saúde mental”**.

No que se referem às dimensões do **Autoritarismo e Restrição social**, os inquiridos do nosso estudo, tendem a crer que o doente mental necessita de alguma intervenção coerciva por parte dos profissionais de saúde, por apresentarem um funcionamento algo estereotipado e **acreditam que as estruturas e contextos de tratamento devem apresentar alguma rigidez e restrição para com o doente**, no entanto não consideram o doente mental perigoso nem a necessidade de isolamento social ou familiar. Comparando os resultados obtidos com os do estudo em que a população eram estudantes de enfermagem (GIL,2010), e contrariamente aos nossos resultados, verificamos que estas duas dimensões, são as que apresentam por parte dos inquiridos atitudes mais negativas, situação que a autora questiona e justifica, como estando associada à ausência de prática clínica por parte destes estudantes.

Outro dos instrumentos utilizados neste estudo foi o **Mental Illness: Clinician’s Attitudes (MICA-4)**. Os valores apresentados pelos inquiridos do nosso estudo foram maioritariamente baixos, oscilando entre um mínimo de 17 e um máximo de 59 pontos, o que nos permite afirmar que estes profissionais **não apresentam atitudes críticas e negativas relativamente aos doentes mentais**, sendo a presença de estigma relativamente baixo. Tendo em consideração que os valores oscilam entre o mínimo, 16 valores e o máximo, 96 valores, sendo que valores mais baixos representam atitudes mesmos estigmatizantes dos profissionais de saúde, face à doença mental.

Neste instrumento, na avaliação das atitudes, **não se verificaram diferenças estatísticas mediante o sexo**, confirmando que esta variável não apresenta grande influência.

Comparando os nossos resultados, com um estudo realizado com alunos de medicina (Queiroz, 2013), onde este instrumento foi aplicado e onde **não se encontraram igualmente diferenças significativas quanto ao género, idade ou características sociodemográficas dos participantes** no que se refere à presença de estigma. Salienta-se, no entanto, que a variável formação, apresenta diferenças, sendo que os alunos dos últimos anos do curso de medicina, apresentam mais atitudes estigmatizantes referentes à especialidade.

Seguidamente apresentamos três tabelas, onde estão esquematizados e sintetizados os pontos de convergência entre o nosso estudo e três estudos usados para a **análise comparativa dos instrumentos de colheita de dados**.

Tabela 21 - Análise comparativa dos instrumentos de colheita de dados entre estudos: EADM

INSTRUMENTO	DOMÍNIOS	O NOSSO ESTUDO - “Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica. (Campos, 2017)”	ESTUDO A - Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Contributo para o estudo das representações sociais da loucura. (Loureiro e al, 2008)	Estudo B- Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças mentais (Gil, 2010)
Escala de Atitudes sobre a doença mental (ADM)	Autoritarismo	Os inquiridos tendem a crer que o doente mental necessita de alguma intervenção coerciva por parte dos profissionais de saúde, por apresentarem um funcionamento algo estereotipado.	Este estudo apresenta médias mais reduzidas nos domínios do <b>Autoritarismo</b> , <b>Restrição social</b> . Segundo os autores, estes resultados manifestam alterações positivas na perceção que as pessoas têm sobre a doença mental. A crença na <b>Incurabilidade</b> e na <b>Perigosidade</b> apresentam valores medianamente elevados.	No <b>Autoritarismo</b> e <b>Restrição social</b> verificamos que estas duas dimensões, são as que apresentam por parte dos inquiridos atitudes mais negativas. <b>Benevolência</b> e <b>Ideologia da Higiene Mental</b> apresentam médias mais altas, associando os valores obtidos das atitudes mais positivas face a estas patologias, à “ <b>relação de confiança na eficácia das intervenções dos profissionais especializados em saúde mental</b> ”.
	Benevolência	Os participantes apresentam atitudes moderadamente “acolhedoras” para com o doente mental, podendo até mesmo intitular-se algo “paternalista” e protetora; embora acreditem na eficácia dos tratamentos, referem algum receio perante o prognóstico do doente.		
	Ideologia da Higiene Mental	Os participantes manifestaram resistência ao estigma tradicional, e grande confiança na intervenção dos profissionais de saúde, mas mesmo assim, a visão que têm do doente mental, não é considera-lo como uma “pessoa normal”.		
	Restrição Social	Os inquiridos acreditam que as estruturas e contextos de tratamento devem apresentar alguma rigidez e restrição para com o doente, no entanto não consideram o doente mental perigoso nem a necessidade de isolamento social ou familiar.		
	Etiologia Interpessoal	Não consideram a doença mental como resultado direto de escolhas individuais ou circunstanciais da sua infância e vida; já no que se refere à escolha e manutenção do tratamento, consideram que estas dependem primordialmente do doente.		

Tabela 22 - Análise comparativa entre estudos, dos instrumentos de colheita de dados: ICDM

INSTRUMENTO	DOMÍNIOS	O NOSSO ESTUDO - “Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica”. (Campos, 2017)	ESTUDO A - Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Contributo para o estudo das representações sociais da loucura. (Loureiro e al, 2008)	Estudo B- Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças mentais (Gil, 2010)
Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM)	Incurabilidade	Os participantes manifestam crenças moderadamente baixas sobre a incurabilidade e incapacidade crónica dos doentes em assumirem responsabilidades nos seus projetos de vida (laborais, familiares);	As crenças mais valorizadas pelos participantes deste estudo, foram o <b>Reconhecimento da Doença</b> e a crença da doença como <b>Condição médica</b> . Em contrapartida a crença de que a doença seja <b>causa para estigma e discriminação</b> , é o domínio que apresenta valores mais baixos. A crença na <b>Incurabilidade</b> e na <b>Perigosidade</b> apresentam valores medianamente elevados.	Os domínios do <b>Reconhecimento da doença</b> e <b>Crença da doença como condição médica</b> , foram as áreas, à semelhança dos resultados obtidos no nosso estudo, em que mais se evidenciou uma maior consciencialização por parte dos inquiridos, de que as perturbações psiquiátricas são de fato de “ordem médica” e que um diagnóstico precoce e tratamento (farmacológico e psicoterapêutico) atempado contribuem para uma melhoria significativa da qualidade de vida dos doentes e famílias.
	Reconhecimento Doença	Estes profissionais, apresentam crenças moderadamente altas, não estigmatizantes da doença mental, com uma acreditação no tratamento e reabilitação dos doentes mentais, desde que estes, sejam instituídos de forma adequada e o mais precocemente possível		
	Causa de Estigma e Discriminação	Nestas 4 dimensões, os enfermeiros manifestam baixa crença pessoal de que a doença mental por si só poderá causar estigma e discriminação; não vêm os doentes mentais como pessoas perigosas e com comportamentos imprevisíveis; nem consideram que cada indivíduo seja responsável pela sua saúde mental ou que exista falta de cuidado das pessoas que padecem destas patologias; acreditam fortemente que a doença mental é uma condição clínica, como o são outras patologias e que precisam de tratamento medicamentoso		
	Perigosidade			
	Condição Médica			
	Responsabilidade de Individual			

Tabela 23 - Análise comparativa entre estudos, dos instrumentos de colheita de dados: MICA-4

Mental Illness: Clinician's Attitudes (MICA-4)	O NOSSO ESTUDO - “Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face a doença mental” (Campos, 2017)	ESTUDO C - Percepção dos alunos de medicina face à doença mental: estudo exploratório sobre diferenças de género. (Queiroz, 2013)
Presença de estigma	Os valores apresentados pelos inquiridos foram maioritariamente baixos, oscilando entre um mínimo de 17 e um máximo de 59 pontos, o que nos permite afirmar que estes profissionais não apresentam atitudes críticas e negativas relativamente aos doentes mentais, sendo a presença de estigma relativamente baixo. Neste instrumento, na avaliação das atitudes, não se verificaram diferenças estatísticas mediante o sexo, confirmando que esta variável não apresenta grande influência.	Neste estudo, não se encontraram diferenças significativas quanto ao género, idade ou características sociodemográficas dos participantes no que se refere à presença de estigma. Salienta-se, no entanto, que a variável formação, apresenta diferenças, sendo que os alunos dos últimos anos do curso de medicina, apresentam mais atitudes estigmatizantes referente à especialidade de psiquiatria do que os alunos que frequentam os anos iniciais.

### 5.1 - Limitações do Estudo

O fato dos questionários serem extensos, com respostas muito semelhantes entre si, poderá ter sido uma limitação.

As não respostas foram muitas, ou seja, no total da nossa amostra (307) houve muitos questionários que não foram respondidos (209), ou então, foram parcialmente respondidos (5), tendo sido com alguma frequência manifestado pelos profissionais, o fato dos instrumentos de investigação serem extensos e morosos; exigirem uma maior concentração e foco na escolha das respostas; algumas questões em diferentes questionários, pareciam-lhes semelhantes. Outra das razões que me verbalizaram, foi o fato de “*estarem saturados de preencherem questionários*” para os diferentes estudos, em diferentes temáticas, ou seja os pedidos de colaboração constantes para participação nos estudos de investigação de cariz académico, desmotiva-os.

O tempo estipulado para a realização do estudo, com todas as suas etapas, foi para nós, outra das limitações. Conseguir uma adesão fortemente significativa na colaboração do estudo por parte dos enfermeiros de saúde mental, e cumprir as restantes etapas, dentro dos prazos estipulados pela ESEP, não nos foi possível, obrigando-nos a solicitar adiamento da entrega da tese.

Associada a estas dificuldades, surge o fato de que, com demasiada frequência, os profissionais que participam em estudos, não terem conhecimento “*à posteriori*” dos resultados e conclusões finais dos mesmos. Assumir o compromisso de divulgação dos resultados finais pelas instituições, poderá ser um fator de motivação para uma maior participação em futuros estudos.



## 6 - CONCLUSÃO

O que os resultados apresentados anteriormente demonstram que existe **pouca influência dos dados demográficos, pessoais e académicos nas crenças, opiniões e atitudes dos profissionais face à doença mental**. No entanto, parece existir uma relação entre os três instrumentos, ou seja, **a opinião e as crenças dos inquiridos sobre a doença mental parece ter uma relação direta com as atitudes e com a presença de estigma**.

Concluimos igualmente que a **formação específica contribui como elemento protetor na redução das atitudes estigmatizantes**, ou seja, os profissionais, que mais formações procuram, são na realidade os que manifestam menos atitudes estigmatizantes.

Nos resultados da variável ter um familiar, ou amigo com patologia psiquiátrica, verificamos que estas, **não influenciam significativamente os resultados em nenhum dos instrumentos**. No entanto os resultados diferem quando analisamos a variável: **ter um colega com patologia psiquiátrica**.

Na dimensão **Restrição Social da escala de opiniões**, apresentam médias mais baixas, nesta dimensão, o que nos indica que são os elementos que defendem o **desenvolvimento de estruturas e contextos de tratamento menos restritivos para o doente, que consideram os doentes psiquiátricos capazes de viver em sociedade**.

Todavia, é de lembrar que ao longo da apresentação dos resultados se verificou que **existe pouco estigma e até uma postura condescendente relativamente à doença mental**, e o facto, dos scores estarem no geral equilibrados pode efetivamente conduzir a pouca oscilação dos resultados, na comparação das médias por variáveis pessoais e profissionais.

Sobre as questões de investigação do nosso estudo e para as quais pretendemos obter respostas, concluimos que os instrumentos utilizados se adequaram à população e à temática, sendo que os nossos resultados não foram muito dispares dos encontrados em diferentes estudos, tendo o “comportamento” dos instrumentos sido idêntico, embora as populações estudadas fossem ligeiramente diferentes.

Sendo assim, obtivemos as seguintes respostas e atendendo as nossas questões de partida:

- Poderemos dizer que com base nos resultados dos instrumentos aplicados na nossa população disponível, **os enfermeiros não apresentam atitudes que possam contribuir para o aumento do estigma para com os doentes mentais**.
- Os profissionais que mais procuram formação, são na verdade os que menos atitudes estigmatizantes apresentam. Concluimos igualmente que a

**formação específica contribui como elemento protetor na redução das atitudes estigmatizantes.**

- Os resultados não revelaram que as características sociodemográficas, sejam condicionantes de atitudes estigmatizantes.

Com os resultados obtidos no nosso estudo, permitem-nos concluir que:

- **os enfermeiros não são agentes estigmatizantes;**
- **que a formação específica funciona com elementos protetor contra o estigma;**
- **e que as nossas atitudes estão intimamente relacionadas com as nossas crenças.**

No decorrer da investigação, fui confrontada com o sentimento de desconforto por parte de alguns participantes, desconforto esse, justificado pela necessidade de individualmente, cada participante, ser confrontado com as suas crenças, opiniões *versus* o papel profissional que assumem. Percecionei, que sentiam receio pela possibilidade (irreal) de poderem ser identificadas as suas respostas, dentro do serviço, fosse pela idade ou pelo tempo de serviço.

Sabendo de como é sensível esta temática, e para uma melhor compreensão do fenómeno do estigma na doença mental, sugerimos novos estudos na população de enfermeiros de saúde mental. Julgamos que outro tipo de desenho de investigação, talvez de cariz qualitativo, pudesse trazer mais riqueza de informação, contribuindo para a sua melhor compreensão.

## CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

Perceber que a temática escolhida, é considerada sensível porque se relaciona com a estrutura individual de cada profissional, como ser social, “moldado” pela sua educação, o seu meio, cultura, família e mesmo local de trabalho, faz-nos refletir, se a abordagem sobre o estigma na doença mental não deveria começar de uma forma mais precoce e na comunidade, ou seja, trabalhar as questões do estigma, da aceitação do diferente, da compreensão/aceitação da doença mental, como acontece com as demais patologias.

Campanhas de sensibilização sobre o estigma fazem parte dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), e ao longo dos últimos anos temos percebido que são inúmeras e muito diversificadas, no entanto, quanto à sua efetividade ficamos com dúvidas. Percebemos, que ainda somos confrontados com anos de informação errônea, em que o doente mental ainda continua a ser visto pelos demais, como alguém diferente, de difícil trato, incapaz de se sustentar ou de assumir um projeto de vida, alguém suscetível de causar danos a ele e aos outros. Assim, torna-se difícil chegarmos ao íntimo de profissionais, adultos, com uma “*bagagem*” emocional, familiar, social, onde esta informação está já instalada e aceita socialmente.

Consideramos que, se as nossas opiniões, crenças e atitudes, condicionam os nossos comportamentos, e sendo estas maioritariamente alicerçadas no desenvolvimento da nossa personalidade, seria importante, de uma forma adequada, “levar a doença mental”, às faixas etárias mais jovens. Trabalhar a cidadania, a inclusão, a patologia psiquiatria, à semelhança dos programas implementados nas escolas, sobre outras patologias, como é o caso da obesidade, com Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), ou mesmo a adoção de comportamentos saudáveis na sexualidade, com o Programa Regional Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), julgamos ser um bom princípio.

Pensamos que, se “incluirmos a doença mental” nas faixas etárias mais jovens, em jardim-de-infância, escolas, associações desportivas, ou de recreio/lazer, ou seja, o mais precoce possível, altura em que a personalidade as crenças e as opiniões estão “*em formação*”, existe uma grande probabilidade de termos cidadãos melhor informados, mais inclusivos, e conseqüentemente, profissionais seja na área da saúde, seja em outras áreas, menos estigmatizantes.

Os enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiatria são profissionais com competências para trabalhar na comunidade estas questões. Incluir a psiquiatria e o doente mental nos programas escolares, desmistificar, informar, ensinar a aceitar/incluir a diferença, é um desafio. É um desafio árduo, mas gratificante. Há um grande caminho a percorrer, não na

Saúde Mental, porque esse já se vai fazendo, o caminho a que nos referimos é o de mudar Crenças, Opiniões, e Atitudes, assim, conseguiremos uma Saúde Mental e Psiquiátrica, inclusiva, sem Estigma.

Pelo que verificamos anteriormente, a formação específica em Saúde Mental, funciona com fator protetor contra atitudes estigmatizante, pelo que é nossa sugestão, que cada instituição, fosse de prestação de cuidados ou de ensino, investisse mais tempo e recursos, no debate aberto e construtivo entre profissionais sobre esta temática: Estigma

Às instituições de ensino em saúde (enfermagem, medicina, outras áreas da saúde), sugere-se igualmente, a inclusão da temática estigma nos seus planos curriculares, seja estigma em doença mental, seja em outras áreas da saúde. Por si só, a palavra estigma já comporta uma conotação negativa, uma subjetividade quase sempre depreciativa. Faz sentido, que os futuros profissionais de saúde, sintam abertura e transparência para falarem e explorarem as suas emoções, crenças e conseqüentemente as suas atitudes, sem se sentirem constrangidos pelo simples fato de pensarem de forma diferente, ou mesmo por insegurança nos seus conhecimentos teóricos/práticos.

## REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS

- CALDAS DE ALMEIDA, J., e XAVIER, M. *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (vol. 1), Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa: 2013
- CAMPOS, António Correia de, e SIMÕES, Jorge; *O Percurso da Saúde. Portugal na Europa*, Coimbra, Edições Almedina (1.ª edição), 2011
- CAMPOS, Paula Manuela de Oliveira Teixeira Soares; *Justiça versus discriminação- a ténue fronteira em cuidados de saúde- implicações éticas* - Dissertação de Mestrado em Bioética - Universidade Católica do Porto- Instituto de Bioética; 2008
- COELHO, Joana Catarina Ferreira - *Esquizofrenia e autocuidado: Validação para a população portuguesa da Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA-h)* - Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria- - ESEP - Porto; 2015
- BARROS, Pedro Pita; MACHADO, Sara Ribeirinho, e SIMÕES, Jorge; *Portugal: health system review, Health Systems in Transition*; 2011; 13 (4), pp. 1-156.
- CAMPOS CMS; BARROS S; *Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental*. Rev. Esc. Enf USP, São Paulo 2000 set;34(3):271-76
- DGS – Direção-Geral da Saúde; *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*, Lisboa,2012.
- DGS – Direção-Geral da Saúde (2013h), *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números*. Lisboa, DGS (1.ª edição).
- DGS – Direção-Geral da Saúde (2014e), *Portugal – Saúde Mental em Números*, Lisboa, DGS (2.ª edição).
- DGS – Direção-Geral da Saúde (2015), *Portugal – Saúde Mental em Números*, Lisboa, DGS (2.ª edição)
- DGS – Direção-Geral da Saúde (2014h), *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números*, Lisboa, DGS (2.ª edição).
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. [consult. 2016-10-24 16:55:22]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/opinião>
- FERRINHO, Paulo; SIMÕES, Jorge; MIGUEL, José Pereira, BEJA, André; CORTES, Maria e HARTZ, Zulmira; *Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção; Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical: 2013; pp. 76-87.*
- FERRINHO Paulo; FRONTEIRA, Inês, e MIGUEL, José Pereira; *A importância estratégica e económica da saúde e implicações para investimentos a médio e longo prazo”, em Investir em Saúde - Contributo dos Fundos Estruturais Comunitários em Portugal no Sector da Saúde*, Lisboa, Programa Operacional Saúde XXI; 2007
- FIGUEIRAS, Joana de Figueiredo; *Profissionais de saúde mental enquanto agentes de estigmatização da doença mental* Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional- Universidade Católica Porto; 2010

FIRMIN, Ruth L.; LUTHER, Lauren; LYSAKER, Paul H.; MINOR, Kyle S.; SALYERS Michelle P. *Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis*. Elsevier: Schizophrenia research; (2016), <http://dxdoi.org/10.1016/j.schres.2016.03.008>

FORTIN, Marie-Fabienne; *Fundamentos e etapas do processo de investigação* Lusodidacta ; 2009; pág. 368

IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation; *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD)*; Washington, DC, IHME, University of Washington, disponível em: <http://www.healthdata.org/gbd>; 2013

Geosaúde: a saúde dos portugueses no mapa, disponível em: <http://www.geosaude.dgs.pt/websig/v5/portal2/public/index.php?par=geosaude>; 2015

GIL, Isabel Maria de Assunção - *Crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca das doenças e doentes mentais*. - Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra - Coimbra 2010

GOFFMAN, Erving - *Estigma - La identidade deteriorada* - 1ª edição 10ª reimp. - Buenos Aires: Amorrortu, 2006; pág. 12-15

GOUVEIA, Marta Cristina da Silva - *Estigma, preconceito, distanciamento social e procura de ajuda* - 24/11/2014 <http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/estigma-preconceito-distanciamento-social-e-procura-de-ajuda>

GUIMARÃES, Cármen Maria de Magalhães Mendes e Cunha - *Crenças dos Profissionais de saúde acerca de determinantes de comportamentos de saúde: Construção de um instrumento de avaliação* - Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia - Área de especialização Psicologia da Saúde - Universidade do Minho - 2012

HARTZ, Zulmira, e FERRINHO, Paulo; *Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*, em *A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento - Livro de Homenagem a Constantino Sakellarides*, Lisboa, Gradiva; 2011

HELLER, Agnes. - *O quotidiano e a história*. 3ª Edição São Paulo: Paz e Terra; 1989

HERRMAN, H., SAXENA, S., & Moodie, S. (eds.). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, CH: World Health Organization; 2005

KRAJEWSKI, Christin; BURAZERI, Genc; BRAND, Helmut - *Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study* - ELSEVIER: Psychiatry Research - [www.elsevier.com/locate/psychres](http://www.elsevier.com/locate/psychres); 2013

KRÜGER, Helmuth R.; *Introdução à Psicologia Social*. 1.ed. São Paulo: ed. EPU.; 1986

KRÜGER, Helmuth R; *Crenças e sistema de crenças*. Arquivos brasileiros de psicologia. Rio de Janeiro: Imago. v.45, n.1/2: p.3-16, jan./jun. 1993.

LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus; DIAS; Carlos Augusto Amaral; ARAGÃO, Rui Oliveira - *Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais - contributos para o estudo das representações sociais da loucura*. Revista Referencia IIª série - nº 8 Dez 2008 pp.33-34

MACEDO, Paulo Moita; *Um investimento estratégico nacional*, artigo de opinião do ministro da Saúde no *Jornal Expresso* de 6 de abril de 2012.

MACHADO, Maria do Céu, *et al.*; *Iguais ou Diferentes? Cuidados de Saúde Materno-Infantil a Uma População de Imigrantes*, Porto, Laboratórios Bial; 2007

MARMOT, Michael; *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*, *Lancet*; 2007; Cap 370; pp.1153-1163.

MARMOT, Michael, *et al.* (2008), *Close the gap in a generation: Health equity through action on the social determinant of health*”, *Lancet*; 2008; cap.372, pp.1661-1669

MEHTA, N.; CLEMENT, S.; MARCUS,E.; *Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review*. *The British Journal of Psychiatry* ; Londres (2015)

NETO, Félix; *A Natureza do Preconceito - Psicologia Social - Vol. I - Universidade Aberta*, 1998, PAG 510

OMS – Organização Mundial da Saúde; *Cuidados de Saúde Primários Agora Mais do que Nunca*, Genebra, OMS, Editor Nacional: Lisboa, Ministério da Saúde;2008

OSS – Observatório dos Sistemas de Saúde; *Relatório de Primavera 2013. As Duas Faces da Saúde*, Lisboa;2013; OSS.

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental - *Diário da República*, 2ª série - Nº122 - 25/junho/2015

PEREIRA, Patrícia; BOTELHO, M<sup>a</sup> Antónia Rebelo - “*Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura*” - *Rev. Pensar Enfermagem* Vol. 18 N.º 2 2º Semestre de 2014

PIERSON, Paul; *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press, Cambridge Studies in Comparative Politics; 1995

PIERSON, Paul, e SKOCPO, Thedal; *Historical institutionalism in contemporary political science*”, em I. Katznelson, *Milner HV Political Science.State of the Discipline*, Nova Iorque, W. W. Norton; 2002; pp. 693-721.

PRADO, Luiz Adelino de Almeida; *Crença: Ponto de partida na investigação filosófica* - *Rev. Eletrónica de Filosofia*, ISSN 1809-8428, São Paulo, Vol. 12; janeiro-junho, 2015, p.80-86

QUEIROZ, M<sup>a</sup> Inês M. A. Carregal; *Perceção dos alunos de medicina face à doença mental: estudo exploratório sobre diferenças de género* \_ *Dissertação Mestrado em Psicologia* - Universidade Católica Porto; 2013

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril); 1998

SILVA, Inês Dias Ferreira Lima; *Abrir espaço à Saúde Mental - Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 70 ano de escolaridade* - *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica* - UCP - Porto; 2012

SIMÕES, Jorge, *et al*; *Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*; Lisboa, Ministério da Saúde; 2007

SIMÕES, Jorge; *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde. Da Ideologia ao Desempenho*; Coimbra, Edições Almedina (2.<sup>a</sup> edição); 2009

THORNICROFT, Graham; *Stigma and discrimination limit access to mental health care*; *Epidemiologie and psychiatric Social*, Vol. 17 (2008)

TEIXEIRA, F.V.; PAIS-RIBEIRO, J.L.; MAIA, A.R.P.C.; *Crenças e práticas dos profissionais de saúde face à obesidade: uma revisão sistemática*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58, 254-260. 2012

USF-NA; *O Momento Atual da Reforma dos CSP em Portugal – 2014/2015*, Lisboa, USFAN; 2015

WENDT, Claus; *Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare*; *Journal of European Social Policy*; 2009; pp. 432-445

World Health Organization; *Officials Records of the World Health Organization*, nº 2, p. 100. United Nations, World Health Organization, Interim Commission. Geneve, CH: World Health Organization; 1948

World Health Organization; *Young people's health- a challenge for society*. World Health Organization (Technical Report Series,731). Geneve, CH: World Health Organization; 1986

WHO-Europe – World Health Organization Europe; *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*; 2010

WHO-Europe – World Health Organization; *Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*; Copenhagen, WHO; 2013

VALA, Jorge, MONTEIRO, M<sup>a</sup> Benedita; *Psicologia Social*. 5<sup>a</sup> Edição. Fundação Calouste Gulbenkian; 2002; pág. 188

VICENTE, Jéssica Batistela; MARIANO; Pamela Patricia; BURIOLA, Aline Aparecida; PAIANO, Marcelle; WAIDMAN; Maria Angélica Paglirini; MARCON; Sónia Silva, 2013 - *Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspetiva dos familiares* - *Rev. Gaucha Enfermagem*; 2013; p. 54-61 - <http://www.scielo.br/scielo.phd>

# ANEXOS



## **ANEXO 1 - PEDIDO DE COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO**



“Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica.”

Paula Manuela Campos

Prof. José Carlos Carvalho e Prof.ª Júlia Martinho

Exma/o Colega

Integrado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto – ESEP, pretendo realizar um trabalho de investigação sobre “Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica.”, no sentido de perceber que forma estas (crenças, opiniões e atitudes), contribuem para o estigma face ao doente mental, e quais as variáveis inerentes a este fenómeno.

Dado que este instrumento constitui parte integrante do trabalho, dependendo das vossas respostas a qualidade dos resultados, solicito a sua colaboração no seu preenchimento, certificando desde já que todas as informações serão absolutamente confidenciais.

Grata pela vossa colaboração

Paula Manuela Campos

Data: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Designação do estudo: **“Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica.”**

Declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida sobre o estudo em que estou a participar, tendo me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei conhecimento dos objetivos do estudo e instrumentos de colheita de dados.

Por isso, consinto participar no estudo respondendo a todas as questões propostas e permito que estas informações sejam utilizadas em futuros estudos, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte qualquer prejuízo para mim.

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 2016

## ANEXO 2 - INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO:

Questionário socio demográfico;

Escala de Opiniões acerca da Doença Mental;

Inventário de Crenças sobre a doença Mental (ICDM);

Escala das Atitudes dos Clínicos (MICA-4)





12187



**Estudo Integrado no projeto “REFAMIS – (Representações, famílias e modelos de intervenção em saúde)”**

Para o preenchimento deste questionário tenha em consideração o seguinte:

- 1 - Responda a todas as questões com sinceridade
- 2 - Não deixe nenhuma questão por responder, pois todas são de interesse para o estudo.

**DADOS BIOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS**

Código

1. IDADE:

2. SEXO:  Masculino  Feminino

3. ESTADO CÍVIL:

- Solteiro(a)
- Casado(a)/União de facto
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viúvo(a)

4. Instituição onde trabalha?

- Internamento
- Ambulatório

5. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS (e Ano em que terminou):

Bacharelato  Ano

Licenciatura  Ano

Mestrado  Ano

Outras Quais  Ano

6. CATEGORIA PROFISSIONAL:

- Enfermeira(o)
- Enfermeira(o) Graduada(o)
- Enfermeira(o) Graduada(o) com Especialidade
- Enfermeira(o) Chefe
- Enfermeira(o) Supervisora
- Médico
- Médico interno
- Psicólogo
- Serviço Social (Assistente social)
- Assistente operacional
- Assistentes técnicos

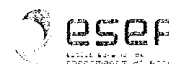
6.1 ÁREA DA ESPECIALIDADE

7. NÚMERO DE ANOS COMPLETOS NA CATEGORIA ATUAL

7.1. NÚMERO DE ANOS COMPLETOS NOS CUIDADOS EM CONTEXTO HOSPITALAR

7.2. NÚMERO DE ANOS COMPLETOS NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO





Opiniões acerca da Doença Mental  
(Cohen & Struning, 1962; Oliveira, 2005)

O questionário que apresentamos diz respeito a opiniões ou ideias acerca da doença mental. São apresentadas várias afirmações. Leia atentamente cada uma das afirmações preenchendo o círculo que corresponde à sua opinião. Tem seis opções que apresentamos de seguida, contudo, só pode assinalar uma para cada afirmação.

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

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



Draft



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



Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM)  
Loureiro, 2009

Encontra de seguida um conjunto de afirmações relativas à doença mental. Leia cada uma delas e a seguir preencha o círculo na grelha no número que melhor corresponde à sua opinião. Não há respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião sincera.

	Discordo completamente	Discordo quase completamente	Discordo ligeiramente	Concordo ligeiramente	Concordo quase completamente	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5	6
1. A doença mental torna as pessoas mais propensas a magoar os outros do que outra doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. As doenças mentais (depressão, esquizofrenia, etc.) são muito comuns.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Se vier a sofrer de uma doença mental é porque não tive o cuidado que devia ter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A doença mental requer mais tempo para ser curada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Os medicamentos melhoram o funcionamento do cérebro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. É melhor ficar longe de pessoas com perturbações mentais porque o seu comportamento é perigoso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. As pessoas que não sofrem de doenças mentais são pessoas cheias de sorte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. As pessoas com doença mental estão aptas para viver nas suas comunidades se tiverem o apoio adequado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. O termo "doença mental" causa-me embaraço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. A doença mental é uma condição médica, como outras doenças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Uma pessoa com doença mental deve ter um emprego que exija pouca responsabilidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. As doenças mentais das pessoas resultam da falta de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A doença mental requer, logo desde o início, um tratamento adequado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. A pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. O tratamento inicial da doença mental requer o uso de medicamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. As doenças mentais são cíclicas (voltam de tempos a tempos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. A reabilitação é eficaz no melhoramento das doenças mentais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Tenho receio do que o meu patrão, amigos e outras pessoas iriam pensar se me fosse diagnosticada uma doença mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sou o responsável directo pela minha saúde mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. A doença mental é uma doença da cabeça.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Os indivíduos que são diagnosticados como doentes mentais, terão os sintomas durante toda a vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. A medicação é eficaz na melhoria dos sintomas na doença mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. As pessoas que já receberam tratamento para a doença mental uma vez necessitam de mais tratamentos no futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Existem tantas doenças mentais estranhas que nunca sabemos quando podemos vir a sofrer de uma delas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário, isso tem influência na recuperação da sua doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Deve ser difícil para as pessoas com doença mental seguir regras sociais como a pontualidade, ou cumprir as promessas que fazem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. As pessoas que já receberam tratamento para a doença mental uma vez necessitam de mais tratamentos no futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Não sofrer de doença mental é uma questão de sorte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



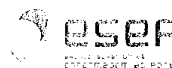
Draft



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



13753



Estudo Integrado no projeto “REFAMIS – (Representações, famílias e modelos de intervenção em saúde)”

**Doença Mental: Escala das Atitudes dos Clínicos**

**MICA-4**

**Instruções:**

Para cada opção (concordo plenamente a discordo plenamente) por favor assinalar apenas uma. A doença mental aqui referida indica as condições que necessitariam de intervenção do psiquiatra.

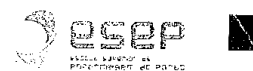
Código

	concordo plenamente	concordo	concordo ligeiramente	discordo ligeiramente	discordo	discordo plenamente
<b>1</b> Só tenho contacto com a saúde mental em caso de necessidade e não estou interessado em saber mais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2</b> As pessoas com doença mental grave nunca irão recuperar o suficiente e conseguir boa qualidade de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3</b> Trabalhar em contexto de saúde mental é tão respeitável como qualquer outro contexto de saúde ou serviço social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4</b> Se tivesse uma doença mental nunca admitiria aos meus <b>amigos</b> porque recearia ser tratado de forma diferente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5</b> As pessoas com doença mental grave são perigosas na maioria das vezes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>6</b> Os profissionais de saúde e ação social sabem mais sobre a vida das pessoas em tratamento por doença mental do que os próprios familiares ou amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>7</b> Se tivesse uma doença mental nunca admitiria aos meus <b>colegas</b> porque recearia ser tratado de forma diferente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>8</b> Ser um profissional de saúde ou ação social na área da saúde mental <b>não</b> é o mesmo que ser um verdadeiro profissional de saúde ou ação social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9</b> Se um colega mais experiente me dissesse para tratar de forma depreciativa, um paciente com doença mental, eu <b>não</b> seguiria as suas instruções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale. MICA-4 © 2010 Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London  
 We would like to thank Aliya Kassam for her major contribution to the development of this scale  
 Contact: Professor Graham Thornicroft. Email: graham.thornicroft@kcl.ac.uk  
 Kassam A., Glozier N., Leese M., Henderson C., Thornicroft G. (2010) Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). Acta Psychiatrica Scandinavica 122(2), 153-161.



13753



**Instruções:** para cada opção (1 a 6) por favor assinalar apenas uma. A doença mental aqui referida indica as condições que necessitariam de intervenção do psiquiatra.

	concordo plenamente	concordo	concordo ligeiramente	discordo ligeiramente	discordo	discordo plenamente
<b>10</b> Sinto-me tão confortável a conversar com uma pessoa com doença mental como com uma pessoa com doença física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>11</b> É importante que qualquer profissional de saúde ou ação social a prestar cuidados a uma pessoa com doença mental, esteja também atento a saúde física dessa pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>12</b> A população em geral não precisa estar protegida contra as pessoas com doença mental grave.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>13</b> Se uma pessoa com doença mental apresentasse queixas físicas (ex. dor no peito) eu iria atribuir este sintoma ao seu estado mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>14</b> Não é expectável que um clínico geral faça um exame minucioso a pessoas com sintomas psíquicos porque estas pessoas podem ser reencaminhadas para psiquiatria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>15</b> Utilizaria os termos "louco" "maluco" "tolo", etc. para descrever aos meus colegas as pessoas com doença mental que tivesse visto no meu local de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>16</b> Se um colega de trabalho me dissesse sofrer de doença mental, continuaria a querer trabalhar com ele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muito obrigado pela sua colaboração.

**ANEXO 3 - AUTORIZAÇÕES DAS COMISSÕES DE ÉTICA E DOS CONSELHOS  
DE ADMINISTRAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES**

Hospital de Magalhães Lemos;

Hospital Conde Ferreira; ~

Hospital Viana do Castelo; Hospital de Braga;

Casa de Saúde Bom Jesus de Braga;

Casa de Saúde São João de Deus;

Casa de Saúde São José;

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa;

Centro Hospitalar Alto Douro





Paula Campos <paulaotcampos@gmail.com>

---

**Pedido de autorização de colheita de dados para estudo "Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental face à doença psiquiátrica"**

7 mensagens

---

Tânia Pereira <TaniaPereira@hmlmos.min-saude.pt>  
Para: "paulaotcampos@gmail.com" <paulaotcampos@gmail.com>

22 de abril de 2016 às 10:26

Bom dia,

Em resposta ao solicitado, informa-se que foi dada autorização para a realização do estudo mencionado em epigrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Tânia Castelo

Secretária do Conselho de Administração



Paula Campos <paulaotcampos@gmail.com>

---

**A/C Comissão de apoio executivo - Projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

---

Susana Catarina Alves Carvalho <susana.carvalho@scmp.pt> 11 de abril de 2016 às 14:52  
Para: "paulaotcampos@gmail.com" <paulaotcampos@gmail.com>  
Cc: Rosa Manuel Cruz Gonçalves Carvalho <rosa.goncalves@scmp.pt>, Ana Emília Marques Castro Guimarães <AGuimaraes@ch-condeferreira.com.pt>

Exma. Senhora

Enfermeira Paula Campos

Incumbe-me a Exma. Senhora Diretora Clínica, Dra. Rosa Gonçalves, de informar que, se encontra autorizado o pedido solicitado. Assim, solicitamos que agilize todo o processo com a Senhora Enfermeira Coordenadora Ana Guimarães.

Melhores cumprimentos,

Susana Carvalho

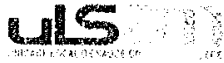

Secretária da CAE



Rua de Costa Cabral, 1211 | 4200-227 Porto  
[scarvalho@ch-condeferreira.com.pt](mailto:scarvalho@ch-condeferreira.com.pt) |  
[www.scmp.pt](http://www.scmp.pt)  
Tel. +351 225 071 283 | Fax. +351 225 071 295  
  
Telemóvel. + 351 915078997  
Ext.: 4120/4124

**De:** Paula Campos [mailto:paulaotcampos@gmail.com]  
**Enviada:** quarta-feira, 24 de Fevereiro de 2016 18:52  
**Para:** Susana Catarina Alves Carvalho  
**Assunto:** A/C Comissão de apoio executivo - Projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

[Citação ocultada]

	<b>Realização de Projeto de Investigação Clínica</b> <b>Parecer nº 10/2016 -CES</b>	 Pág. 1 de 1
---	--	--

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

*Aut. 10/16*

Data de Entrada no Secretariado da CES: 08/03/2016 – Nº20/2016  <b>Assunto:</b>  <i>Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental face à doença psiquiátrica.</i>	Solicitado pelo Conselho de Administração Maria do Céu Fiala Vogal do CA 10/05/2016 Em nome do(s) investigador(es):  Enf.ª Paula Manuela Oliveira Teixeira Soares Campos
---	---

**1. A(s) questão(ões) colocada(s)**

Pedido de autorização para a realização de um estudo (observacional, multi cêntrico, exploratório, transversal e quantitativo), integrado no projeto “Representações, famílias e modelos de intervenção em saúde – REFAMIS” da unidade pedagógica ‘Enfermagem, Disciplina e Profissão’ da ESEP, recorrendo à colheita de dados junto de, aproximadamente, 200 enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, através de dois questionários e da escala de atitudes dos clínicos (MICA-4). Este trabalho destina-se à apresentação da tese de Mestrado.

**2. Fundamentação**

Há um leque bastante vasto de estudos a comprovar a existência de estigma relacionado com a doença mental, nos quais os profissionais de saúde são implicados, com evidentes repercussões na sua forma de cuidar. Este estudo pretende contribuir para a compreensão do conceito do estigma e, em particular, estudar a perceção, as crenças, as opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria face à doença mental, compreendendo igualmente de que forma as características socio demográficas e de formação específica, poderão contribuir para a presença ou não de atitudes estigmatizantes.

**3. Conclusão/parecer**

O projeto está conforme com as exigências do Mod. Q755-CES, pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de um parecer favorável à sua realização.

**Nota: Referências bibliográficas:**

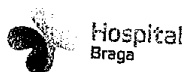
- BARBOSA, T. R. - *Estigma face à doença mental por parte de futuros profissionais de saúde mental. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (Porto, 2010)*
- GOFFMAN, E. - *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada -- 4ª ed. Rio de Janeiro (1988)*

Relator(es)	Pe. José de Castro Oliveira
Ratificado em reunião do dia	15.04.2016
Enviado parecer: ___ / ___ / ___	

15/04/2016 O Presidente da CES

*Aut. 10/16*





## Comissão de Ética para a Saúde Hospital de Braga

---

Nossa referência: CESHB 059/2016

Data da Receção: 30/04/2016

Outra referência:

Relator: Amélia Rego

### Parecer emitido em Reunião Plenária de 24 de Maio 2016

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB) emite o seguinte parecer relativamente ao estudo *“Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica”*, o qual visa perceber de que forma estas (crenças, opiniões e atitudes), contribuem para o estigma face ao doente mental, e quais as variáveis inerentes a este fenómeno, de que é investigadora Paula Manuela Campos, aluna do mestrado de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tem como orientadores os Prof. José Carlos Carvalho e Júlia Martinho, também da Escola Superior de Enfermagem do Porto;

- a) O estudo é pertinente e o protocolo adequado. Trata-se de um estudo de opinião, exploratório e transversal, sob o paradigma quantitativo. Aplica três questionários sendo um de caracterização da amostra e dois de Inventário de Opiniões e crenças sobre a doença mental, junto de 200 enfermeiros na Zona Norte;
- b) Do desenvolvimento do estudo não se preveem benefícios diretos para os participantes. A recolha dos dados, no Hospital de Braga, será feita através de inquérito por questionário aos enfermeiros do Serviço de Psiquiatria, no sentido de descrever as opiniões e atitudes dos enfermeiros face à doença psiquiátrica;
- c) Os resultados do estudo serão divulgados em eventos e revistas científicas;
- d) O investigador possui aptidão para a realização do estudo;
- e) O estudo não acarretará despesa ou abuso de recursos para o Hospital de Braga;
- f) Não declara existirem situações de conflito de interesses;
- g) O investigador assume a salvaguarda da confidencialidade e o anonimato dos participantes pela anonimização da recolha dos dados.

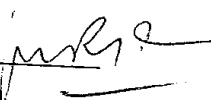


## Comissão de Ética para a Saúde Hospital de Braga

---

Concluindo, o estudo cumpre as normas da Bioética e nada há a opor à sua realização.

Presidente da Comissão de Ética

  
\_\_\_\_\_  
Juan R. Garcia



Paula Campos <paulaotcampos@gmail.com>

---

## Projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

---

**Direcção de Enfermagem** <dir.enf.csbj@irmashospitaleiras.pt>  
Para: Paula Campos <paulaotcampos@gmail.com>

14 de abril de 2016 às 09:34

Exma. Sra. Enf. Paula Campos,

Serve o presente e-mail para informar que se encontra autorizada a realização do seu projeto de investigação na Casa de Saúde do Bom Jesus, conforme solicitado.

Aproveito para desejar o maior sucesso na realização do mesmo e espero que possamos contribuir ativamente para o mesmo.

Apresento os meus melhores cumprimentos pessoais,



**Irmãs  
Hospitaleiras**  
CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS

**Paula Palmeira**  
Diretora de Enfermagem

Rua Dr. Alves Palha n.º 2 - Nogueiró, 4715-308 BRAGA  
Telf: (+351) 253 203 000 - Fax: (+351) 253 203 009

**[www.irmashospitaleiras.pt/cs bj](http://www.irmashospitaleiras.pt/cs bj)**

---

**De:** Paula Campos [mailto:paulaotcampos@gmail.com]

**Enviada:** quarta-feira, 24 de Fevereiro de 2016 11:28

**Para:** direcao.csbj@irmashospitaleiras.pt; dir.enf.csbj@irmashospitaleiras.pt

**Assunto:** Projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

[Citação ocultada]



INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS  
Casa de Saúde S. João de Deus  
Barcelos

Via email  
paulaotcampos@gmail.com

Exma. Senhora  
Enf.ª Paula Campos

BARCELOS, 16 DE MARÇO DE 2016.

**V-Ref.:**  
**N-Ref.:** D/CSSJD-B-139/2016  
**Proc.:**  
**Assunto:** PROJETO DE INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DO Mestrado em Enfermagem de  
SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Exma. Senhora

Informamos que, o pedido de autorização para a realização do projeto supra identificado, foi autorizado pela Diretora desta Casa de Saúde.

Fica identificado como elemento de articulação o Enf. Carlos Violante, Diretor de Enfermagem (carlos.violante@isjd.pt).

Com os melhores cumprimentos,



Isabel Costa Bragança  
Diretora da  
Casa de Saúde S. João de Deus - Barcelos

COMISSÃO DE ÉTICA  
INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS

Para: Direção do Instituto S. João de Deus

Lisboa, 15 de Abril de 2016  
Ref. CEISJD03\_16

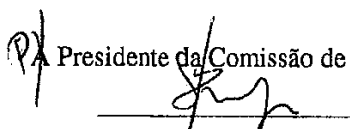
**Assunto:** Avaliação do pedido de investigação intitulado “Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica”, de Paula Manuela de Oliveira Teixeira Soares Campos.

Exmos. Srs.

A Comissão de Ética do Instituto S. João de Deus analisou a documentação enviada pela mestranda Paula Manuela de Oliveira Teixeira Soares Campos, a respeito da realização da investigação “*Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica*” na Casa de Saúde S. José.

Depois de analisada toda a documentação, a Comissão emite parecer positivo ao pedido efectuado.

Aguardamos pela comunicação da finalização do estudo em causa, bem como os resultados do mesmo.

  
Presidente da Comissão de Ética  
\_\_\_\_\_  
Prof. Doutora Ana Sofia Carvalho  
Comissão de Ética ISJD



Centro Hospitalar do  
Tâmega e Sousa, E.P.E.

Exmo. Senhor:  
Enf. Paula Campos  
ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto  
paulaotcampos@gmail.com

Via e-mail

Sua Referência	Sua Comunicação de 22/02/2016	Nossa Referência N.º Proc.º	Data 31/03/2016
----------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para realização de estudo “Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica”

Exma. Senhora Enf.,

Acusamos a recepção do seu pedido para autorização para realização de estudo “Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica”.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

Do pedido importa referir:

· “A investigação será replicada em outros hospitais do Norte. No CHTS, terá um elemento de ligação que apresentará e entregará um conjunto de questionários aos enfermeiros do DPSM e os recolherá em envelope fechado, bem como obterá consentimento escrito por parte dos enfermeiros que aceitam participar.”

Assim, nestas condições somos a informar que o seu pedido foi autorizado, a comissão considera não haver objecção ética à realização da presente investigação.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho de Administração

  
Enf. Luciano Monteiro



Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.  
**COMISSÃO DE ÉTICA**

---

Exm<sup>o</sup>(a) Senhor(a)  
Paula Manuela Oliveira Teixeira Soares Campos  
Rua Dr. Fernando Araújo de Barros, nº 79, 4º andar,  
Hab. 42  
4475-076 Stª Maria Avioso

---

**ASSUNTO:** Pedido de realização de projeto de investigação

---

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 24/02/2016, o Conselho de Administração em 04/03/2016, autorizou a realização de projeto de investigação no Serviço de Psiquiatria sobre “Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental face à doença psiquiátrica”.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 09 de Março de 2016

O Presidente do Conselho de Administração