



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
COMISSÃO DE INTERNATO

AVALIAÇÃO DO ESTIGMA FRENTE AOS TRANSTORNOS MENTAIS NOS ACADÊMICOS DE MEDICINA

Autor: EDIMÁRIO FLORÊNCIO DOS SANTOS

Orientadora: Profa. Msc. Helena Pinho de Sá

Aracaju-SE
2017

EDIMÁRIO FLORÊNCIO DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DO ESTIGMA FRENTE AOS
TRANSTORNOS MENTAIS NOS ACADÊMICOS
DE MEDICINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito para conclusão do bacharelado em medicina.

Orientadora:

Profª Msc. Helena Pinho de Sá.

Aracaju – SE
2017

AVALIAÇÃO DO ESTIGMA FRENTE AOS TRANSTORNOS MENTAIS NOS ACADÊMICOS DE MEDICINA

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Aprovada em ____/____/____

Autora: _____

Acad. Edimário Florêncio dos Santos

Orientadora: _____

Prof^a. Msc. Helena Pinho de Sá

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

"O rio atinge seus objetivos, porque aprendeu a contornar obstáculos"
Lao-Tsé

A trajetória foi longa, muitos desafios no caminho, mas através de muita dedicação e determinação, além do apoio de pessoas especiais o primeiro desafio de muitos foi alcançado, por isso chegou o momento de agradecer.

Primeiramente ao Criador da existência, pela inspiração, graça da vida e saúde.

Aos meus pais José e especialmente minha mãe Rosana por seu amor, apesar da distância sempre comigo, eu te amo muito. Ao meu padrasto Antoniel, pelos conselhos e apoio.

À minha família paulista: Meu querido bisavô Mané, meus avós maternos, Iraceli e José, que é meu avô/pai sempre me aconselhando e dando apoio em todos os momentos da vida, mobilizando a família para me ajudar. Aos meus queridos irmãos: Edivam, Emeli, Davi, Neirilande e Luziane pelo carinho e compreensão de minha ausência pela distância, amo-vos muito.

Aos meus tios, especialmente Ranufo, Francisco, João, Paulo, Roseli e Marcio, Ulisses e Denise, Gil e Josy, Lau e Rosália, Rose e Alessandro (In memoriam). Aos meus primos e primas.

À população de minha querida cidade de Pracinha-SP.

O ensino superior só foi possível devido minha formação básica, por isso agradeço aos colégios: Taieka de Pracinha, especialmente aos professores: Vânea, Angélica e Sandra pelo incentivo e Eudécio de Adamantina, especialmente aos professores Alceu, Emerald, Aline e Izabel, vocês foram meu estímulo para acreditar em meu sonho. Além disso, ao colégio Objetivo de Adamantina pelo reforço e estímulo.

À minha família sergipana: Avós Florêncio e Juviana, pelo carinho e apoio. Tios, especialmente: prof. Mário pela oportunidade de tentar o vestibular, Ana, Ninha, Vilma, João e Fátma, Ricardo e Solange, Marcos, Aliete pelos conselhos e apoio. Aos primos e primas meu muito obrigado!

À minha querida namorada Lycianne, pela amizade, carinho e amor, eu te amo.

Às ações afirmativas e assistência estudantil, pela democratização e permanência ao ensino superior.

À UFS, pelo conhecimento, humano, ético e científico, tornando o sonho em realidade. À LAPSI e ao grupo estigma pelo amadurecimento acadêmico.

Aos professores, principalmente aos inspiração: professora Helena por tamanha dedicação em nossa pesquisa, Karla Mansila pela disposição na manografia, Érica,

Francisco, Atilano, Stela, Helena, Edmea, Caetano, José Augusto, Amélia, Alex Vianey, Débora, Angela, Daniela, Débora, Eduardo, Elenilde, Fernando, Jefferson, Jerônimo, Júlia, Karla, Hermínio, Marco, Doria, Menilson, Osvaldo, Rosana, Jonnia e Mesquita.

Aos médicos e residentes, especialmente Maicon, Íkaro, Vinícius Felipe e Ana pelos ensinamentos na vermelha HUSE, Glaise, Bruno Cintra, Lara, Meline, Renata, Mariane, Laís, Naiane.

À PROEST, especialmente a pró-reitora Marlúcia e a psicóloga Susana, pelo incentivo e conselhos. À M21 e manos amigos: Thiago, Eden, Luís, Joel, Will, Janisson, Jeff, Diego, Alves, Abílio, Emanuel, Amilson e Raimundo. À academia DKs, e amigos da Cidade Nova: Hiolanda, Robson, Eliana, Antônio e Diego.

Aos amigos de faculdade e da vida: Cícero e Juliana, Gilas, Dani, Cleverton, Fernando, Francisco, Eládio, Alex, Joara, Marckssuely, David e João.

Aos pacientes, motivo de tudo.

E a todos que torceram por mim, meu muito obrigado!

Esse é apenas o primeiro passo de uma grande trajetória, que amo e que darei o melhor de mim para ser um bom profissional médico científico, ético e humano.

"Há homens que lutam um dia, e são bons; há homens que lutam por um ano, e são melhores; há homens que lutam por vários anos, e são muito bons; há outros que lutam durante toda a vida, esses são imprescindíveis." Bertolt Brecht

LISTA DE ABREVIATURAS

UFS – Universidade Federal de Sergipe

OMS – Organização Mundial de Saúde

CID – Classificação Internacional das Doenças

APA– American Psychiatric Association

DSM – Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

TM – Transtorno Mental

ICPE– Consórcio Internacional em Epidemiologia Psiquiátrica

MS – Ministério da Saúde

MPS – Ministério da Previdência Social

AQ-27 – Questionário de Atribuições de Corrigan

AQ – 9 - Questionário de Atribuição – AQ-9 criado por *Corrigan* (versão preliminar portuguesa, revista e abreviada do Questionário de Atribuição – AQ-27 de *Corrigan*)

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Figura 1. Representação gráfica do suicídio e os transtornos mentais.....15

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. REVISÃO DE LITERATURA..... | 10 |
| 1.1 ESTIGMA..... | 10 |
| 1.1.1 <i>Conceito.....</i> | 10 |
| 1.1.2 <i>Breve histórico.....</i> | 11 |
| 1. SAÚDE, SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS (TM)..... | 12 |
| 1.2.1 <i>Epidemiologia dos TM.....</i> | 14 |
| 1.3 ESTIGMA FACE AOS TM..... | 17 |
| 1.3.1 <i>Estudos na população geral.....</i> | 17 |
| 1.3.2 <i>Estigma em familiares e auto-estigma.....</i> | 18 |
| 1.3.3 <i>Estigma quanto ao Gênero.....</i> | 19 |
| 1.4 ESTIGMA FACE AOS TM EM ACADÊMICOS DE MEDICINA E MÉDICOS..... | 21 |
| 1.4.1 <i>Acadêmicos de medicina.....</i> | 21 |
| 1.3.2 <i>Estigma em médicos.....</i> | 22 |
| 1.5 MEDIDAS DE COMBATE AOS ESTIGMAS FRENTE AOS TM..... | 24 |
| 1.6 REFERÊNCIAS..... | 26 |
| 2. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA..... | 34 |
| 3. ARTIGO ORIGINAL..... | 39 |
| 3.1 FOLHA DE ROSTO..... | 39 |
| 3.2 RESUMO DO ARTIGO ORIGINAL..... | 40 |
| 3.3 ABSTRACT..... | 41 |
| 3.4 INTRODUÇÃO..... | 42 |
| 3.5 METODOLOGIA..... | 44 |
| 3.6 RESULTADOS e DISCUSSÃO..... | 46 |
| 3.8 CONCLUSÕES..... | 50 |
| 3.9 REFERÊNCIAS..... | 51 |
| TABELAS..... | 54 |
| ANEXOS..... | 60 |

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 ESTIGMA

1.1.1 Conceito

O estigma segundo Goffman, sociólogo norte-americano influente do século XX e pioneiro no estudo dessa relevante questão social, é um atributo objetivo e subjetivo, que desqualifica seu portador e resulta sobremaneira em várias formas de discriminação e rejeição social (GOFFMAN, 1963 *apud* CORBIÈRE *et. al.*, 2012). Em seu trabalho “Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada”, caracteriza esse fenômeno social em: anormalidades do corpo físico (deformidades, mau-formações congênicas, assimetrias); alterações funcionais (deficiências físicas, dos sentidos e cognitivas); do caráter e comportamentos (paixões, crenças, desonestidade, prisão, dependência de álcool e drogas, abuso sexual); de condições médicas (doenças crônicas, câncer, infecciosas, transtornos mentais, suicídio); da sexualidade (homossexualidade); do comportamento político radical; da classe social (pobreza, desemprego) e, por fim, os estigmas relativos à raça, nação e religião (GOFFMAN, 1988).

Através desses conceitos, Link e colaboradores (2001) propuseram quatro componentes que definem o processo de estigmatização: rotulação (julgamento negativo de características específicas como diferente e inapropriado), criação de esteriótipos (correlação desfavorável dessas características como algo depreciativo), separação (distinção das características de um grupo maior, mais comum como o “normal” de um grupo menor, preconcebido como o “anormal”) e discriminação (rejeição e isolamento do grupo rotulado) (LINK & PHELAN, 2001 *apud* BARBOSA, 2010).

Nesse contexto, Corrigan *et. al.* (2006) propuseram duas categorias de estigmas: o estigma social e o autoestigma. O primeiro refere-se ao processo de estigmatização das características do indivíduo que são diferentes do padrão de normalidade socialmente aceitas. O segundo é resultado da influência dos padrões sociais nos indivíduos portadores de TM (Transtornos mentais) que desenvolvem sentimentos de rejeição e inferioridade de si próprios por possuírem características fora do padrão (CORRIGAN *et. al.*, 2006).

Observa-se, portanto, que o estigma é um fenômeno social complexo, originando-se de fatores biopsicossociais que se inter-relacionam de forma abrangente, que envolve não apenas o indivíduo, mas também as dinâmicas sociais e as relações estabelecidas entre as pessoas, consigo próprias e também entre os grupos sociais (HAGHIGHAT, 2001).

1.1.2 Breve histórico

O termo *stigma* que expressa em latim “tatuagem”, tem origem grega e se refere a marcas e sinais corporais, que eram realizadas na idade antiga com objetos perfuro-cortantes ou com fogo na pele dos escravos, traidores e criminosos, e simbolizavam impureza e inferioridade dessas pessoas as quais deveriam ser rejeitadas e isoladas da sociedade (GOFFMAN, 1963 *apud* QUEIROZ & DIAS, 2013).

Na tentativa de se descobrir a origem dos estigmas, estudos se remeteram à antiguidade e verificaram que grupos de homens e mulheres, na luta evolutiva pela sobrevivência, estigmatizavam e excluíaam as pessoas vistas como ameaça para o bem estar de todos e as incapazes de contribuir para sua sobrevivência (FREY, 2008 *apud* QUEIROZ & DIAS, 2013).

Ao longo da história da humanidade, diversas condições médicas, comportamentais e religiosas foram alvo de atitudes negativas de rejeição social, datados por diversos escritos, inclusive, no antigo testamento da bíblia, no qual a doença dermatológica hanseníase era tida como castigo divino e moral, motivo pelo qual os pacientes acometidos eram evitados e isolados pela sociedade (REINGOLD & KRISHNAN, 2001).

Na idade média ocidental, período de hegemonia religiosa católica cristã, as minorias, que abrangiam os hereges, os homossexuais, os portadores de TM e os leprosos, eram duramente discriminados, sendo vítimas de formas violentas e compulsórias de exclusão social, desumanidades e morte, como os ocorridos holocaustos das caças às bruxas, Inquisição e Guerras Santas que mataram milhares de pessoas, cujos padrões de comportamento não seguiam a “normalidade” da época (JEFFREY, 1993).

O período da idade moderna que foi marcado pelas expansões marítimas, colonização compulsória de povos por interesses econômicos, políticos e sociais, geraram intensos conflitos étnicos de intolerância, estigmatizações e escravidão dos nativos resultando em milhares de mortes (IGLÉSIAS, 1992).

Atualmente, observa-se que os estigmas e processos de estigmatização ainda persistem na humanidade de diversas formas caracterizadas por Goffman (1963). Os exemplos são inúmeros, como se observa na busca incansável do padrão da beleza e culto ao corpo “perfeito” socialmente estabelecido, onde variações são tidas como imperfeições e anormalidades (NOVAES & IANNELLI, 2015); nos preconceitos perante deficiências físicas e dos sentidos, prejudicando-os no acesso ao mercado de trabalho (SANTOS *et. al.*, 2015); no comportamento, por meio do uso de determinadas vestimentas, barba, tipo de corte de cabelo (NASCIMENTO & NUNES, 2015), uso do piercing e tatuagens (DADALTE *et. al.*, 2013), contra o usuário de drogas ilícitas (BARD *et. al.*, 2016); na visão social das orientações sexuais, como notado pelo ódio e violência à população LGBTs (Lébisca, Gays, Transexuais, Travestis e Transgêneros) (GOMES *et. al.*, 2014; COSTA *et. al.*, 2015.); nas diferenças de gênero (SMILIANSKY *et. al.*, 2014.); em condições médicas gerais, como nas doenças infecciosas transmissíveis, especialmente o HIV/AIDS (GRECO, 2016), o câncer (FERRAZZA *et. al.*, 2016) e os TM (SOUZA *et. al.*, 2015); nos discursos de ódio e intolerância política (EZEQUIEL, 2015), religiosa (COSTA *et. al.*, 2014), classes sociais e raças (ECHEVERRIA *et. al.*, 2015) e até mesmo entre nações (GUEDES *et. al.*, 2011; BIJOS & CAMPOS, 2015).

1.2. SAÚDE, SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS (TM)

A constituição que rege a Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua 45ª edição, define saúde como completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença (WHO, 2006). Nesse conceito, o bem-estar mental humano é um dos critérios para uma saúde plena, pois seu adoecimento, caracterizado pelos TM, afetam sobremaneira a saúde, a qualidade de vida e o desempenho geral de seu portador no âmbito pessoal, social, familiar e ocupacional (PORTUGAL *et. al.*, 2016; SANCHEZ *et. al.*, 2016; SANTOS & SIQUEIRA, 2010).

A OMS conceitua os TM como um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis como manifestações psíquicas e/ou comportamentais que provocam algum comprometimento funcional e sofrimento com etiologias diversas resultantes de disfunções biológicas, psicológicas e sociais (WHO, 2005). Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, os TM são padrões de alterações psicológicas ou comportamentais, com etiopatogenias multifatoriais, de origem biopsicossocial inter-relacionadas, cujas manifestações no indivíduo geram sofrimento e/ou disfunções em uma ou mais áreas da vida e não podem estar relacionados com respostas culturais onde que esse indivíduo se situa (APA, 2002).

Devido à diversidade de critérios para manejar os TM em todo o mundo, a OMS e a APA desenvolveram manuais diagnósticos com critérios objetivos e consensuais para viabilização de seu diagnóstico e tratamento. Foram eles: o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM) e a Classificação Internacional das Doenças (CID), criados, respectivamente, pela APA e OMS, com intuito de sistematizar, classificar e catalogar os TM que são clinicamente descritivos de acordo com seus fatores etiopatogênicos, tipo de sintomas e graus de comprometimento funcional (JABLENSK, 1999).

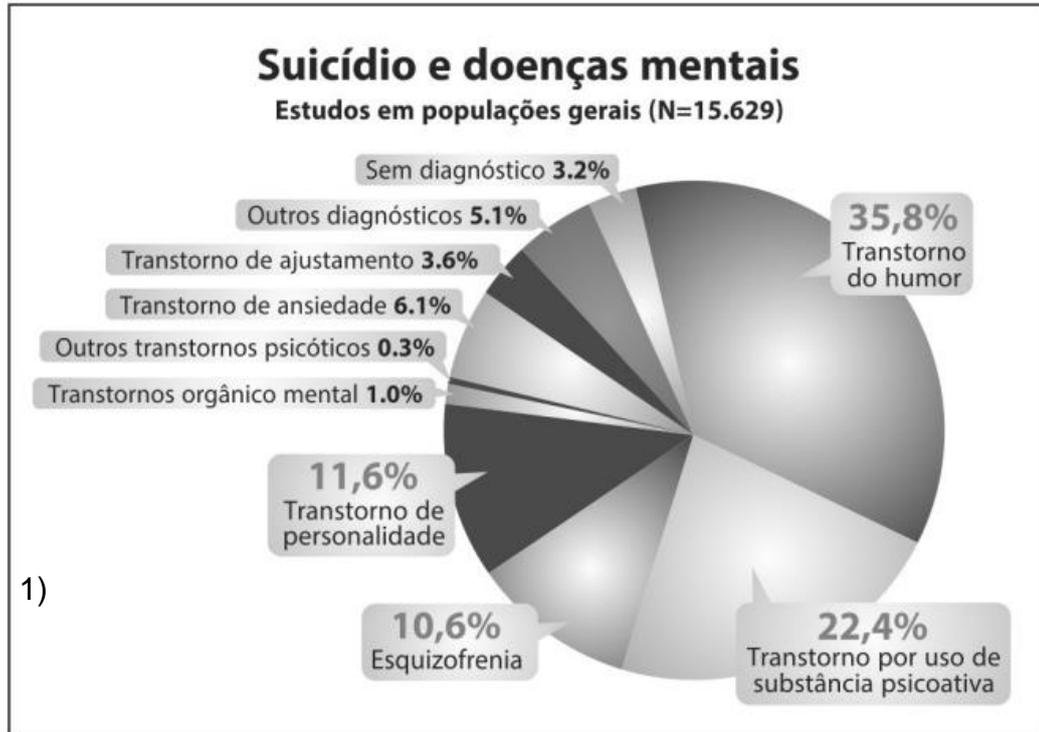
Atualmente se sabe que a maioria dos casos de TM pode ser diagnosticada, tratada e requer uma rede de cuidados, desde ações preventivas socioeducativas, até na assistência em diversos níveis de complexidade de acordo com a cronicidade e a gravidade do transtorno (OMS, 2001). Nessa rede de cuidados, a presença do médico especializado em psiquiatria é fundamental, que pode indicar internação para estabilização do quadro nos casos de crise aguda (RESOLUÇÃO CFM nº 2.057/2013) por meio de rigorosos critérios clínicos, o uso de psicotrópicos apropriados (LIMA *et. al.*, 2000), realizar o atendimento ambulatorial para os casos compensados crônicos e fazer uso da eletroconvulsoterapia quando necessário (MOSER *et. al.*, 2005). Além disso, o psiquiatra orienta hábitos de vida mais saudáveis como prática regular de atividade física (ROEDER, 1999), apoio familiar (BORBA *et. al.*, 2011), terapias complementares como psicoterapia (BAPTISTA *et. al.*, 2007), meditação, yoga (RAMEL *et. al.*, 2004; ARIAS *et. al.*, 2006; SHAPIRO *et. al.*, 2005; VORKAPIC & RANGÉ, 2011) que tem se mostrado coadjuvantes eficazes do tratamento medicamentoso.

1.2.1 Epidemiologia dos TM

Os TM são universais, isto é, atingem populações de todo o mundo, de todas as idades, raças, gêneros, culturas e religiões (WHO, 2001). Segundo a OMS, em seu relatório mundial da saúde mental realizado em 2001, os TM estão presentes em 10% da população mundial, o que representa atualmente cerca de mais de 700 milhões de pessoas no mundo (THE WORLD HEALTH REPORT-2001, 2002), equivalente a um terço do total de doenças classificadas como não transmissíveis. Além disso, os TM atingem sobremaneira a qualidade de vida de seus portadores, sendo responsáveis por elevada morbimortalidade, tendo em vista que os portadores de depressão maior e esquizofrenia possuem um risco de morte prematura 40-60% maior que a população em geral (OMS, 2013), como também incapacidade e absentismo laboral elevados (SILVA-JUNIOR & FISCHER, 2015; OLIVEIRA *et. al.*, 2015; SANTANA *et. al.*, 2016), o que representam consequências econômicas relevantes, cujo custo mundial está estimado em US\$ 16,3 bilhões para o período entre 2011 e 2030 (WORLD ECONOMIC FORUM, 2011).

O suicídio vem crescendo no mundo. A OMS, em seu relatório mais recente, estimou que mais de 800.000 pessoas morrem de suicídio anualmente. Cerca de uma pessoa a cada 40 segundos comete esse ato, mais comumente homens jovens (15-29 anos) e idosos (>70 anos) e de países de baixa e média renda (75% dos casos). O Brasil é o oitavo país no *ranking* mundial em números absolutos em suicídio, com aproximadamente seis pessoas para cada 100 mil habitantes. De cada tentativa bem-sucedida, cerca de 20 são fracassadas (G1 Globo, 2014). Além disso, esses valores nacionais devem ser analisados com cautela devido às discrepâncias nas taxas regionais e o potencial risco de subnotificações (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

O estudo realizado por Bertolote & Fleischmann (2002), com 15.629 pessoas que cometeram suicídio em diferentes regiões em todo mundo, evidenciou que quase a totalidade das pessoas portavam algum TM (Figura1). Segundo a OMS, as taxas de suicídio podem ser consideravelmente reduzidas, se esses transtornos forem prontamente identificados e tratados (FIRST WHO REPORT ON SUICIDE PREVENTION, 2014).



Fonte: Bertolote *et al.* (2002).

Figura 1. Representação gráfica do suicídio e os TM associados

Apesar de tais valores alarmantes, ações governamentais na prevenção e tratamento dos TM são inferiores ao mínimo necessário, segundo a OMS, e pior nas nações com menor desenvolvimento econômico (JORGE, 2013). Nos países de baixa e média renda, cerca de 76-85% das pessoas portadoras de TM graves não recebem tratamento, já nas nações desenvolvidas o valor é menor, mas ainda é alto, cerca de 30-50% (OMS, 2013).

Conforme apresentado no “Atlas de Saúde Mental” da OMS mais recente, que abrangeu 171 das 194 nações membros, as ações realizadas no âmbito da saúde mental continuam precárias (ATLAS-2014-OMS, 2015). Segundo esse relatório, 20% dos países não possuem nenhuma política específica para programas de saúde mental, já nos que possuem se observa disparidades, posto que nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento gastam-se menos de US\$ 2,00 per capita por ano em saúde mental, em comparação às nações desenvolvidas cujos gastos per capita ultrapassam os US\$ 50,00 anuais. Além disso, a média global de profissionais especializados é baixa (médicos psiquiatras, psicólogos), onde há menos de um para cada 10 mil pessoas, sendo que nos países de terceiro mundo,

essa taxa ainda é pior, de um para cada 100 mil habitantes (ATLAS-2014-OMS, 2015).

Segundo o estudo realizado pelo Consórcio Internacional em Epidemiologia Psiquiátrica (ICPE), o Brasil revelou a maior prevalência de TM dentre os países avaliados da América Latina, onde cerca de 36,3% dos adultos brasileiros experimentaram algum tipo de TM ao menos uma vez na vida, com elevada prevalência dos transtornos de humor, de ansiedade e de dependência química (WHO INTERNATIONAL CONSORTIUM IN PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY, 2000).

Nos dados do Ministério de Políticas de Previdência Social Brasileiro, entre os anos de 2004 e 2013, a depressão apareceu como a segunda causa de concessão de auxílio-doença por causas não acidentais, ficando apenas atrás de doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS, 2014).

Apesar de tais dados preocupantes, o orçamento nacional brasileiro destinado à saúde mental se mostra aquém do necessário, conforme o relatório “Saúde mental em dados 8” entre os anos de 2002 e 2009. De acordo com o relatório, em 2009, apenas 2,3% dos recursos do SUS, foram destinados à saúde mental (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS/DAPES, 2011), o que corresponde a menos de 50% do orçamento destinado à saúde mental recomendado pela OMS (BARROS & SALLES, 2011).

Uma pesquisa mais recente realizada por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde pública (ENSP/FIOCRUZ) e outros colaboradores, analisaram a prevalência de sintomas de TM comuns na atenção primária de quatro capitais nacionais. Foram encontrados valores alarmantes nas cidades pesquisadas: 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3% em São Paulo, 64,3% em Fortaleza e 57,7% em Porto Alegre. Como fatores de risco observou-se: gênero feminino, desemprego, baixa escolaridade e baixa renda (GOLÇALVES *et. al.*, 2014). Esses pesquisadores apontam como fatores influenciadores de tamanha prevalência de TM comuns o alto índice de violência, poluição, ruídos, baixas condições socioeconômicas e poucas áreas recreativas nos grandes centros.

1.3. ESTIGMA FACE AOS TM

Ao longo da história da humanidade, os TM sempre foram marcados socialmente como algo incompreensível, incurável, imprevisível e inaceitável, gerando evitamento e isolamento social de seus portadores (BATISTA & FERNANDES, 2013). Apesar dos avanços da psiquiatria como ciência a partir do século XX e sua evolução no diagnóstico e tratamento, o estigma frente aos TM persiste provavelmente devido a raízes históricas (FREY, 2008 *apud* QUEIROZ & DIAS, 2013), crenças tradicionais, culturais e religiosas (ABIODUN & ADEWUYA, 2007) e a falta e distorções de informações sobre tais transtornos (PRADO & BRESSAN, 2016). Isso gera um problema social importante (RÖSSLER, 2016), atingindo a população em geral (JORGE, 2013; PRADO & BRESSAN, 2016; YOSHIOKA *et. al.*, 2016), familiares (SINGH *et. al.*, 2016; SPADINI & SOUZA, 2006; SOUSA *et. al.*, 2012) e até mesmo os profissionais de saúde (UEMURA, 2015; LOCH *et. al.*, 2011). E essa onda estigmatizante alcança até o legislativo, refletida pela escassez de ações voltadas ao tema, como também o executivo, com a promoção de exíguas ações para o tratamento e reabilitação de seus portadores (PITTA *et. al.*, 2015).

1.3.1 *Estigma face aos TM na população geral*

O estigma dos TM está relacionado com ideias comuns de que seus portadores são pessoas perigosas, agressivas, que não possuem controle sobre seus comportamentos, o que gera diversas atitudes discriminatórias (JORGE, 2013).

Alguns trabalhos avaliaram a presença de estigma na população geral por meio do uso de questionários específicos. Oliveira & Azevedo (2014) aplicaram o AQ-9 em 206 usuários de uma Unidade de Saúde de família de Portugal, e observou-se nessa amostra pontuações negativas acima da média de medo e coação desses indivíduos em relação aos doentes mentais. Além disso, a maior idade e escolaridade estiveram associadas a menores concepções estigmatizantes (OLIVEIRA & AZEVEDO, 2014).

Pesquisa recente realizada no Japão por Yoshioka *et. al.*, (2016) através da internet com 1000 adultos japoneses utilizou questionário específico e revelou dados curiosos. Com esse trabalho, revelou-se que os avaliados eram menos propensos a acreditar em fraqueza de personalidade e mais em doença quando acreditavam que os fatores psicossociais causavam os TM, e apresentavam crenças de periculosidade e imprevisibilidade frente ao portador de TM, quando associavam a causa do transtorno com características da personalidade (YOSHIOKA *et. al.*, 2016).

1.3.2 Estigma em familiares e auto-estigma

Alguns estudos têm buscado avaliar a presença do estigma nos familiares de portadores de TM, como também os motivos e suas consequências para o tratamento.

O estudo de Souza *et. al.* (2012) realizado em Portugal avaliou 40 familiares de portadores de Esquizofrenia com o questionário avaliador do estigma AQ-27. Como resultado, obtiveram maiores médias para dimensões positivas “pena” e “ajuda” nos familiares do que no grupo controle, ou seja, a familiaridade com o portador de TM esteve associada a mais atitudes de piedade e conseqüentemente vontade de ajudar. Por outro lado, evidenciou-se maior coerção dos mesmos, isto é, a ideia de obrigatoriedade do portador de TM de se tratar independentemente de sua vontade, como também, maior segregação, ou seja, afastamento e isolamento do paciente. A pesquisadora levanta como hipóteses para seus achados a falta de informações e de recursos adequados e a fadiga pelos cuidados com o portador e, devido à possibilidade de afetar negativamente o tratamento e inclusão social do portador, sugere programas de intervenções psicoeducacionais para os membros da família (SOUZA *et. al.*, 2012).

Na tese de mestrado de Barbosa & Marques (2012), que também utilizou o questionário AQ-27, realizado com 643 acadêmicos da saúde (enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, terapia ocupacional), também se observou que os estudantes que tinham contato com algum familiar portador de TM apresentavam significativamente maior sentimento de “ajuda”, embora tenham apresentado maiores dimensões de responsabilidade, ou seja, de que o paciente tinha culpa por seu transtorno (BARBOSA & MARQUES, 2012).

A meta-análise de Spadini & Souza (2006) observou que os pacientes e seus familiares muitas vezes escondiam a doença para não receberem a rotulagem negativa da sociedade (SPADINI & SOUZA, 2006). Além disso, esse estudo evidenciou que conflitos e desarmonia familiares pioram o quadro do paciente, que os cuidados podem demandar muita dedicação e sobrecargas na família, que faltam orientação e apoio para esses familiares e por fim, que a atenção familiar é fundamental para adesão e sucesso da terapêutica de seu portador (SPADINI & SOUZA, 2006).

Por outro lado, os próprios portadores de TM desenvolvem autoestigma. Esse feito diz respeito ao estigma internalizado, isto é, ao processo de identificação com as características negativas lhes atribuídas socialmente (SOUZA *et. al.*, 2012) associado a efeitos deletérios para o portador, como baixa autoestima e isolamento social (HIRATA, 2015), além de afetar seus papéis laborais, parentais e sociais (BROHAN *et. al.*, 2011). Além desses prejuízos, o autoestigma leva os indivíduos a evitar seu tratamento como estratégia para manterem-se distantes dessas rotulações (CORRIGAN 2002; STUART, 2003).

1.3.3 Estigma quanto ao Gênero

Diversos estudos têm se dedicado na elucidação da influência do gênero nas atitudes estigmatizantes frente aos portadores de TM. A maioria dos achados na literatura evidenciam que o gênero feminino demonstra menos concepções estigmatizantes frente aos TM.

O estudo de Barbosa & Marques (2012), com o uso do questionário AQ-27, observou que o gênero feminino apresentou a média da pontuação da dimensão positiva “ajuda” maior que o masculino (BARBOSA & MARQUES, 2012). Queiroz & Dias (2014) realizou estudo em 50 acadêmicos de medicina, através do uso de um questionário específico e evidenciou que o gênero feminino apresentou significativamente maior interesse pela disciplina de psiquiatria, bem como maior valorização de queixas físicas nos portadores de TM (QUEIROZ & DIAS, 2014).

O estudo de Pingani *et. al.* (2016), realizado na Itália com 311 acadêmicos de medicina através do questionário AQ-27, observou que o gênero feminino está

associado a uma menor pontuação da dimensão periculosidade e concepções maiores de ajuda (PINGANI *et. al.*, 2016).

Corrigan & Watson (2007) chegaram à mesma conclusão, realizando um estudo populacional com 968 pessoas, por meio de um questionário específico composto por uma vinheta descrevendo uma pessoa portadora de um TM (esquizofrenia, dependência de drogas) e observou que as mulheres, bem como indivíduos com ensino superior, obtiveram menores concepções discriminativas (CORRIGAN & WATSON, 2007).

A pesquisa de Gonzalez e colaboradores (2013) verificou, através de um inquérito populacional (n=5.691) nos EUA, que o gênero feminino apresentou significativamente maior probabilidade de buscar ajuda e atendimento profissional especializado em situações de sofrimento psíquico, fator que pode estar relacionado com as menores concepções estigmatizantes (GONZALEZ *et. al.*, 2013).

Outro estudo realizado em estudantes universitários da Turquia (n= 700) por Savrum e colaboradores (2007), por meio de um questionário específico, revelou que o gênero feminino obteve menor concepção de periculosidade face ao portador de TM quando comparado ao gênero masculino (SAVRUM *et. al.*, 2007).

Bannatyne & Stapleton (2016) investigou, em 126 acadêmicos de medicina, atitudes estigmatizantes em relação à anorexia nervosa, através do questionário específico, e evidenciou maiores concepções discriminativas no gênero masculino que atribuiu maiores índices de culpa e responsabilização de seus portadores por terem o transtorno, além de menor associação a causas biogenéticas (BANNATYNE & STAPLETON, 2016).

Na literatura consultada, apenas o estudo de Abiodun & Adewuya (2007), que avaliou atitudes discriminativas em 312 médicos nigerianos, evidenciou atitudes discriminativas mais elevadas no gênero feminino (ABIODUN & ADEWUYA, 2007).

A melhor atitude das mulheres frente aos portadores de TM pode ser explicada pelos achados encontrados na meta-análise com 19 trabalhos de Spadini & Souza (2006), onde se verificou que geralmente é a figura feminina que assume os cuidados do portador de TM, tendo em vista seu papel social de mãe e cuidadora, o que pode estar associado a maior proximidade e conhecimento dos TM e, por conseguinte, menores concepções estigmatizantes (SPADINI & SOUZA, 2006).

1.4 ESTIGMA FACE AOS TM NOS ACADÊMICOS DE MEDICINA E MÉDICOS

Os estigmas frente aos TM estão presentes nos acadêmicos de medicina (PASCUCCI *et. al.*, 2016), nos profissionais da saúde (SILVEIRA *et. al.*, 2015), médicos (WINKLER *et. al.*, 2016) e até em psiquiatrias (LOCH *et. al.*, 2011). Esse fato está diretamente associado ao subdiagnóstico e subtratamento dos TM (HIRATA, 2015), afeta diretamente a qualidade de vida de seus portadores, bem como a diminuição dos encaminhamentos para serviços especializados o que, por conseguinte, prejudica as medidas de prevenção e combate ao risco de suicídio (PASCUCCI *et. al.*, 2016). Por todas essas implicações, o estigma é hoje considerado um dos principais obstáculos para a prestação de serviços de saúde mental (SATHYANATH *et. al.*, 2016).

1.4.1 Estigma em acadêmicos de medicina

Vários estudos têm se dedicado em elucidar melhor a presença e o grau de estigmas presentes nos acadêmicos de medicina, que serão os futuros médicos cuidadores dos pacientes portadores de TM.

No trabalho de Lev-Ran e colaboradores (2016), realizado em Israel, com 329 acadêmicos de medicina, com intuito de se avaliar as atitudes dos estudantes perante o uso e dependência de álcool e drogas, evidenciou-se valores elevados de estigma, mas que a experiência pessoal com a nicotina e/ou consumo de álcool, bem como ter um amigo que sofre do vício, foram associados com taxas menores de moralismo e estigma (LEV-RAN *et. al.*, 2016).

Outro estudo, realizado por Pingani *et. al.* (2016) na Itália com 311 acadêmicos de medicina, com o uso do questionário AQ-27, observou elevadas concepções estigmatizantes de periculosidade, segregação e responsabilização dos portadores de TM por suas condições, sendo menor nos acadêmicos que conheciam a lei Basaglia, lei da humanização ao tratamento dos pacientes com TM (PINGANI *et. al.*, 2016).

A pesquisa de Bannatyne & Stapleton (2016) investigou atitudes estigmatizantes frente a pacientes portadores de anorexia nervosa, onde os acadêmicos atribuíam concepções de culpa e responsabilização de seus portadores

por terem o transtorno, além de baixa associação de causas biogenéticas (BANNATYNE & STAPLETON, 2016).

Dyrbye e colaboradores (2015) avaliaram em 873 acadêmicos de medicina a presença de Síndrome de Burnout e a relação do estigma com a busca de procura de tratamento e observaram que mais de 50% dos acadêmicos preenchiam critérios desta síndrome, mas que apenas um terço dos portadores procurou ajuda profissional, o que estava associado ao estigma entre outros fatores (DYRBYE *et. al.*, 2015).

Lyons e colaboradores (2015) avaliaram a presença de estigma em acadêmicos de medicina do último ano da África e Austrália, através do questionário específico A 28-item "*Attitudes and stigma towards mental health*" e obteve dados preocupantes de expressiva estigmatização frente à psiquiatria e aos portadores de TM desses acadêmicos (LYONS *et. al.*, 2015).

1.4.2 Estigma em médicos

Na literatura consultada, observou-se estudos nacionais e mundiais que identificaram a presença de atitudes discriminativas e preconceituosas até mesmo nos profissionais especialistas em saúde mental frente aos portadores de TM, contudo, esse estigma foi menor quando comparado com a população geral (WINKLER *et. al.*, 2016) e com os acadêmicos em medicina antes do contato com pacientes portadores de TM (KOPERA *et. al.*, 2015).

Trabalho realizado por Silveira e colaboradores (2015) em Minas Gerais-Brasil, com 183 profissionais da saúde, por meio de questionário específico contendo vinhetas, com intuito de se avaliar as reações emocionais perante o dependente de drogas, observou que quanto maior a descrença de recuperação e periculosidade dos dependentes, maior o distanciamento social deles (SILVEIRA *et. al.*, 2015).

Outro estudo na população adulta em geral (n= 1810) e médicos (n= 1200), realizado na República Tcheca demonstrou elevado grau de atitudes discriminativas nos dois grupos, mas menor no grupo dos profissionais médicos (WINKLER *et. al.*, 2016).

Preocupante trabalho realizado na Nigéria, com 312 médicos, revelou que crenças culturalmente consagradas afetam negativamente as atitudes perante o portador de TM. Evidenciou ainda elevado grau de crenças em causas sobrenaturais dos transtornos, como também crenças de que os portadores eram perigosos e com mau prognóstico. Tais atitudes discriminativas foram mais elevadas em quem não tinha um amigo/familiar com algum TM, tinha idade inferior a 45 anos e com menos anos de experiência clínica (ABIODUN & ADEWUYA, 2007).

O estudo de Stefanovics e colaboradores (2016) investigou 902 profissionais médicos de cinco países: EUA, Brasil, Gana, Nigéria e China, a fim de se quantificar quatro fatores: 1) forma de socialização; 2) papel do portador de TM na sociedade; 3) causas sobrenaturais e 4) causas biopsicossociais dos TM e identificou que as nações menos desenvolvidas apresentaram piores concepções estigmatizantes face aos portadores de TM (STEFANOVICS *et. al.*, 2016).

Sathyanath *et. al.* (2016) fizeram uma pesquisa com 130 médicos da Índia e observaram crenças desfavoráveis do médico em relação ao portador de TM como dificuldades para manter relacionamentos e se casar, além de exclusão social. Por outro lado, o conhecimento pessoal de pessoas portadoras de TM foi um fator único que esteve associado a menor estigma desse grupo de profissionais (SATHYANATH *et. al.*, 2016).

Alguns estudos tem identificado estigma e atitudes discriminativas até mesmo nos profissionais especialistas em saúde mental (psiquiatras e psicoterapeutas). Kopera e colaboradores (2015) realizaram um estudo comparativo entre acadêmicos de medicina e profissionais de saúde mental (psiquiatras e psicoterapeutas) evidenciando significativas atitudes discriminativas em ambos os grupos, mais evidentes no grupo de acadêmicos sem experiência prévia com pacientes com TM (KOPERA *et. al.*, 2015).

Por fim, o trabalho de LOCH *et. al.* (2011), realizado no Congresso Brasileiro de Psiquiatria de 2009 com 1.414 psiquiatras, teve como objetivo investigar as atitudes dos especialistas frente aos portadores de Esquizofrenia. Por meio de um questionário que avaliou o estigma em três dimensões (esteriótipos, distância social

e preconceito), o estudo evidenciou atitude estigmatizante significativa dos psiquiatras frente a esse TM (LOCH *et. al.*, 2011).

1.5 MEDIDAS DE COMBATE AO ESTIGMA FRENTE AOS TM

No campo da saúde mental, a OMS considera os estigmas frente aos TM como uma das mais importantes barreiras do século a ser vencida, recomendando maiores investimentos educacionais nos acadêmicos e profissionais da saúde, bem como em programas de conscientização da população em geral para aumento do conhecimento acerca dos TM, como a importância da busca e manutenção do tratamento, com intuito de melhorar a busca e adesão ao tratamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Medidas para o combate e redução das atitudes estigmatizantes tem sido pesquisadas. O estudo de PENN & COUTURE (2002) analisou três formas de promoção da redução do estigma: protesto, educação e contato, o qual concluiu que a última foi a medida mais eficiente, corroborando com a atual meta-análise de 80 trabalhos de ações anti-estigma em todo mundo (THORNICROFT *et. al.*, 2015).

O trabalho intervencionista realizado em Portugal por OLIVEIRA *et. al.* (2012) em estudantes do ensino secundário relatou maior redução do estigma dos estudantes depois das campanhas teóricas e/ou práticas no grupo quando houve contato com um portador de TM (OLIVEIRA *et. al.*, 2012).

O estudo realizado na Malásia por autorias de Fernandez e colaboradores (2016), investigaram 102 acadêmicos de medicina e confirmou a influência positiva do contato face-a-face ou baseado em vídeos como programas anti-estigma nos mesmos (FERNANDEZ *et. al.*, 2016).

Na tentativa da avaliação da influência do contato das aulas práticas de psiquiatria nos estigmas, Schenner *et. al.* (2011) observaram que os acadêmicos tiveram menos medo, além de redução significativa da periculosidade e imprevisibilidade e, por conseguinte, menor distanciamento social dos pacientes após essa atividade acadêmica (SCHENNER *et. al.*, 2011).

Alguns estudos têm se dedicado à investigação da influência da disciplina e estágio em psiquiatria nos estigmas dos acadêmicos de medicina. No estudo de Pascucci e colaboradores (2016a), realizado com 113 acadêmicos de medicina italianos, observou-se que os acadêmicos apresentaram menos atitudes discriminativas após vivências num hospital psiquiátrico. Por outro lado, os que não tiveram essa experiência apresentaram uma visão mais hostilizada e intolerante frente ao portador de TM, além de considerar os pacientes como sujeitos inferiores, que exigiam atitudes coercitivas e que seria melhor evitá-los devido à ideia de serem socialmente perigosos (PASCUCCI *et. al.*, 2016a).

Outro estudo de Pascucci *et. al.* (2016b) também observou a influência positiva da disciplina de psiquiatria nos acadêmicos de medicina, visto que os acadêmicos que não a fizeram, tinham mais concepções que os portadores de TM eram inferiores, que exigiam atitudes coercitivas, socialmente perigosos e que deviam ser tratados longe da comunidade (PASCUCCI *et. al.*, 2016b).

O trabalho de Wang e colaboradores (2016), realizado em Taiwan com 62 acadêmicos de medicina, demonstrou que o estágio em psiquiatria diminuiu as atitudes discriminativas dos estudantes em apenas um mês (WANG *et. al.*, 2016).

Outro estudo realizado no Rio de Janeiro- Brasil (NETO *et. al.*, 2016) também demonstrou diminuição do estigma dos acadêmicos após cursarem psiquiatria, evidenciando maior aceitação social nos acadêmicos dos portadores de TM.

Em suma, tais estudos elucidam a influência positiva da disciplina de psiquiatria, das experiências práticas e contato com o portador de TM nas atitudes discriminativas dos acadêmicos, sendo, portanto, formas eficazes e cientificamente demonstradas e comprovadas na redução dos estigma frente aos TM.

1.6 REFERÊNCIAS

- ABIODUN, O.; ADEWUYA, Ayotunde. Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.*, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. D. S. M. IV. – T.R., Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (Ed. Portuguesa). Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.
- ARIAS, Albert J.; STEINBERG, Karen; BANGA, Alok; TRESTMAN, Robert L.. Systematic Review of the Efficacy of Meditation Techniques as Treatments for Medical Illness. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*; 2006.
- BANNATYNE, Amy Jean; STAPLETON, Peta Berenice. Attitudes towards anorexia nervosa: volitional stigma differences in a sample of pre-clinical medicine and psychology students. *Journal of Mental Health*, 2016.
- BARD, Nathália Duarte; ANTUNES, Beatriz; ROOS, Cristine Moraes; OLSCHOWSKY, Agnes; PINHO, Leandro Barbosa. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016.
- BARBOSA, Tânia Raquel Soares ; MARQUES, António José. Estigma face à doença mental por parte de futuros profissionais de saúde mental. Tese mestrado, U. Porto, 2010.
- BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 45(Esp. 2):1780-5, 2011.
- BAPTISTA, Makilim Nunes; BERBERIAN, Arthur de Almeida; RUEDA, Fabián Javier Marín; MATTOS, Rosângela Maria de Carli Bueri. Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, v. 8, nº 1, p. 77-88, Jan./Jun., 2007.
- BATISTA, Luísa Teixeira Martins Barreira; FERNANDES, António Alfredo de Sá Leuschner. Os profissionais de saúde e o estigma da doença mental. Tese Mestrado, U. Porto, 2013.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 2002.
- BIJOS, Leila; CAMPOS, Flavia de Sá. Conflitos internacionais: terrorismo islâmico. *Revista de estudos e pesquisas avançadas do terceiro setor*, 2015.
- BORBA, Letícia de Oliveira; PAES, Marcio Roberto, GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; LABRONICI, Liliana Maria; MAFTUM, Mariluci Alves. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 45(2):442-9, 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 8, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Brasília, 2011. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 24p. Disponível em < <https://deivissonlopes.files.wordpress.com/2013/04/sac3bade-mental-em-dados-8.pdf>>. Acessado em: 15/12/2016.

BROHAN, E.; SLADE, M.; CLEMENT, S.; THORNICROFT, G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. BMC Health Services Research, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 2.057/2013. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2057_2013.pdf>. Acesso em: 15/12/2016.

CORBIÈRE, Marc; SAMSO, Esther; VILLOTTI, Patrícia; PELLETIER Jean-François. Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. ScientificWorldJournal, 2012.

CORRIGAN, P.W.; CALABRESE, J.D.; DIWAN, S.W.; KEOGH, C.B.; KECK, L.; MUSSEY, C. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness: I. Qualitative analysis of program materials and testimonies. J. Community Ment. Health, 38(4):287-301, 2002.

CORRIGAN, P.W.; WATSON, A.; BARR L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. J. Soc. Clin. Psychol., 2006.

CORRIGAN, P.W.; WATSON, Amy C. The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. Community Mental Health Journal, 2007

COSTA, Angelo Brandelli; BANDEIRA, Denise Ruschel; NARDI, Henrique Caetano. Avaliação do preconceito contra diversidade sexual e de gênero: construção de um instrumento. Estudos de Psicologia I Campinas, 2015.

COSTA, Jessica Hind Ribeiro; RIBEIRO, Marcela Simões Pires. Intolerância religiosa às religiões afrodescendentes como forma de violação ao direito à liberdade religiosa – uma análise à luz da decisão na ação civil pública nº 0004747-33.2014.4.02.5101. AN. CONGR. BRAS. PROC. COL. E CIDAD., n. 2, p. 111-118, out. 2014.

DADALTE, Aline Cristina; MARINA, de Carvalho Mariano; LUIZ, Jorge Pedrão, GABRIELA Bazan Pedrão; ENIO JOSÉ, Porfirio Soares, Representations of tattoo and piercing use. SMAD Revista Electronica Salud Mental, Alcohol y Drogas, 2013.

DYRBYE, L.N.; EACKER, A.; DURNING, S.J.; BRAZEAU, C.; MOUTIER, C.; MASSIE F.S.; SATELE, D.; SLOAN, J.A.; SHANAFELT, T.D. The Impact of Stigma and Personal Experiences on the Help-Seeking Behaviors of Medical Students With Burnout. Acad. Med., 2015.

EZEQUIEL, Vanderlei de Castro. Discurso do medo e ódio político na disputa eleitoral brasileira de 2014. Aurora: revista de arte, mídia e política, São Paulo, v.8, n.23, p. 98-119, jun.-set. 2015.

ECHEVERRIA, Gabriela Bothrel; CAMPANA, Gabriel Cerqueira; MONTEIRO, Lara Valléria Barros; TAVARES, Marcelo Góes. Preconceito e desigualdades sociais: a mulher negra no mercado de trabalho brasileiro. Ciências humanas e sociais | Maceió | v. 2 | n.3 | p. 71-82 | Maio 2015.

FERNANDEZ, A.; TAN, K.A.; KNAAK, S. et al. Effects of Brief Psychoeducational Program on Stigma in Malaysian Pre-clinical Medical Students: A Randomized Controlled Trial. Acad. Psychiatry, 2016.

FERRAZZA, Anielle; MUNIZ, Rosani Manfrin; PINTO, Bruna Knob; VIEGAS, Aline da Costa; MATOS, Michele Rodrigues . A sobrevivência ao câncer na perspectiva da família. Rev. Enferm. UFPE on line; 2016.

First WHO report on suicide prevention. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>> Acessado em: 25/09/2016.

FREY, R. Stigma. The Gale Encyclopedia of Mental Health (2nded) (pp. 1104-1108). Estados Unidos: Thomson Gale, 2008.

GOFFMAN E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ, USA: Prentice Hall, 1963.

GOFFMAN, Erving. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada, Rio de Janeiro, Editora LTC, 1988.

GOMES, Ana Maria; REIS, Aparecido Francisco; KURASHIGE, Keith Diego. Violência e homofobia: um estudo sobre o preconceito e a agressão contra a população LGBT em Mato Grosso do Sul. Rev. Bagoas, 2014.

GONÇALVES, Daniel Almeida; MARI, Jair de Jesus; BOWER, Peter; GASK, Linda; DOWRICK, Christopher; TÓFOLI, Luis Fernando; CAMPOS, Monica; PORTUGAL, Flávia Batist; BALLESTER, Dinarte; FORTES, Sandra . Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(3):623-632, mar, 2014.

GONZALEZ, Jodi M.; ALEGRÍA, Margarita; PRIHODA, Thomas J.; COPELAND, Laurel A. e ZEBER, John E. . How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol., 2013.

GRECO, Dirceu Bartolomeu . Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciênc. Saúde Coletiva, 2016.

GUEDES, João Victor; DIAS , Luciene ; SOUSA, Rômulo. A Mídia Ocidental e os povos Árabes – uma relação de preconceito e generalizações. A Mídia Ocidental e os povos Árabes – uma relação de preconceito e generalizações Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XIII, 2011.

G1 Globo. Brasil é o 8º país com mais suicídios no mundo, aponta relatório da OMS Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/09/brasil-e-o-8-pais-com-mais-suicidios-no-mundo-aponta-relatorio-da-oms.html>>. Acessado em: 25/09/2016.

HAGHIGHAT, R. A unitary theory of stigmatization: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. The British Journal of Psychiatry, 2001.

HIRATA, Edson Shiguemi. Estigma e depressão. RBM, 2015.

IGLÉSIAS, Francisco. Encontro de duas culturas: América e Europa. Estud. av. vol.6 no.14. São Paulo Jan./Apr., 1992.

JABLENSKY, A. The nature of psychiatric classification: issues beyond ICD-10 and DSM-IV. Aust N Z J Psychiatry.; 1999.

JEFFREY, Richards. Sexo, desvio e danação: as minorias na idade média, Jeffrey Richards; tradução: Marco Antônio Esteves da Rocha e Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

JORGE, Miguel Roberto. Concepções populares e estigma relacionados às doenças mentais. Nova Perspectiva Sistêmica, Rio de Janeiro, Agosto 2013.

KOPERA, M., SUSZEK, H., BONAR, E. et al. Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. J. Community Ment. Health, 2015.

LEV-RAN, Shaul; STEINMETZ, Yoed; FACULTY, Mark WeiserSackler. Attitudes towards substance use and substance use disorders among medical students in Israel. Drugs: Education, Prevention and Policy, 2016.

LIMA, Maurício S.; SOARES, Bernardo G.O.; BACALTCHUK, Josué. Psiquiatria baseada em evidências. Rev. Bras. Psiquiatr., 2000.

LINK, B.; PHELAN, J. Conceptualizing Stigma, Annu. Rev. Sociol., 27, 363–85, 2001.

LOCH, Alexandre Andrade; HENGARTNER, Michael Pascal; GUARNIERO, Francisco Bevilacqua; LAWSON, Fabio Lorea; WANG, Yuan-Pang; GATTAZ, Wagner Farid; RÖSSLER, Wulf. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. Rev. Psiq. Clín., 2011.

LYONS, Z.; LAUGHARNE, J., LAUGHARNE, R. et al. Stigma Towards Mental Illness Among Medical Students in Australia and Ghana, Acad. Psychiatry, 2015.

MOSER, Carolina Meira; LOBATO, Maria Inês; BELMONTE-DE-ABREU, Paulo. Evidências da eficácia da eletroconvulsoterapia na prática psiquiátrica. Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul vol.27 no.3 Porto Alegre Sep./Dec., 2005.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – MPS. Principais causas de afastamento do trabalho entre homens e mulheres empregados na iniciativa privada. 2º Boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade, 2014. Disponível em: < <http://www.mtps.gov.br/images/Documentos/outrosAssuntos/bolquadi14.12.15.pdf> >, Acessado em: 24/06/2016.

NASCIMENTO, Grasiela Augusta Ferreira; NUNES, Renata Cristina da Silva. A discriminação estética na relação de emprego decorrente do uso de vestimentas religiosas e os limites ao poder de direção do empregador. Revista Jurídica, 2015.

NETO, Rocha H.G.; ROSENHECK, R.A.; STEFANOVICS, E.A. et al. Attitudes of Brazilian Medical Students Towards Psychiatric Patients and Mental Illness: A Quantitative Study Before and After Completing the Psychiatric Clerkship. Acad. Psychiatry, 2016.

NOVAES, Joana de Vilhena; IANNELLI, Adriana Machado. A dimensão simbólica do corpo e o fenômeno social da corpolatria. Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, 2015.

OLIVEIRA, Ana Rita Fernandes Oliveira; AZEVEDO, Sónia Meira. Estigma na doença mental: estudo observacional. Rev. Port. Med. Geral Fam., vol.30 no.4 Lisboa ago, 2014.

OLIVEIRA, Luanne Alves; BALDAÇARA, Leonardo Rodrigo; MAIA, Maria Zoreide Brito. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. Rev. bras. saúde ocup. vol.40 no.132 São Paulo July/Dec., 2015.

OLIVEIRA, S.; CAROLINO, L.; PAIVA, A. Programa Saúde Mental Sem Estigma: Efeitos de Estratégias Diretas e Indiretas nas Atitudes Estigmatizantes. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; 2012.

Organização Mundial da Saúde/CID10; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10 ed. Rev.-São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Atlas 2014 de la Santé Mentale, 2015.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Catalogación por la Biblioteca de la OMS, 2013. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001). Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, Relatório sobre a Saúde no Mundo, Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acessado em: 24/07/2016

PASCUCCI, M.; STELLA, E.; LA MONTAGNA, M.; ANGELIS, A. De; PARENTE, P.; NUNZIO, V. Di; VENTRIGLIO, A.; BELLOMO, A.; JANIRI, L.; POZZI, G. Attitudes toward psychiatry and psychiatric patients in medical students: Can real-world experiences reduce stigma? The Journal of The European Psychiatric Association, 2016a.

PASCUCCI, M.; MONTAGNA, M. La; STELLA, E.; ANGELIS, A. De; PARENTE, P.; NUNZIO, V. Di; VENTRIGLIO, A.; JANIRI, L.; POZZI, G.; BELLOMO A. Differences in attitudes towards mental illness and psychiatry among medical students, before and after the academic course of psychiatry. European Psychiatry. Volume 33, Supplement, Pages S218–S219; 2016b.

PENN, David; COUTURE, Shannon M . Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. J. World Psychiatry; 2002.

PINGANI, Luca; CATELLANI, Sara; VECCHIO, Valeria Del Gaia , SAMPOGNA, Sarah E. Ellefson; RIGATELLI, Marco; FIORILLO, Andrea; EVANS-LACKO, Sara; CORRIGAN, Patrick W. . Stigma in the context of schools: analysis of the phenomenon of stigma in a population of university students. B.M.C. Psychiatry, 2016.

PITTA, Ana Maria Fernandes; COUTINHO, Domingos Macedo; ROCHA, Clarissa Carvalho Moura . Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights – WHO. Saúde debate vol.39 no.106. Rio de Janeiro, 2015.

PORTUGAL, Flávia Batista; CAMPOS, Mônica Rodrigues; GONÇALVES, Daniel Almeida; MARI, Jair de Jesus; FORTES, Sandra Lúcia Correia Lima. Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva, 21(2):497-508, 2016. PRADO, Alessandra Lemes; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. Rev. Psicopedagogia, 2016.

QUEIROZ, Maria Inês Marques Araújo Carregal; DIAS, Pedro. Perceção dos alunos de medicina face à doença mental: estudo exploratório sobre diferenças de gênero. Tese Mestrado. U. Católica de Porto, 2014.

RAMEL, Wiveka; GOLDIN, Philippe R.; CARMONA, Paula E.; MCQUAID John R. The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients with Past Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 2004.

REINGOLD, A. L., & KRISHNAN, S. The study of potentially stigmatizing conditions: An epidemiologic perspective. Presented at Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda, An International Conference, September 5-7, 2001.

ROEDER, Maika Arno. Benefícios da atividade física em pessoas com transtornos mentais. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 1999.

ROSSLER, Wulf. The stigma of mental disorders. *Science & Society*, 2016.

SÁNCHEZ, Jennifer; ROSENTHAL, David A.; TANSEY, Timothy N.; FRAIN, Michael P.; BEZYAK, Jill L. Predicting quality of life in adults with severe mental illness: Extending the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Rehabilitation Psychology*, Vol 61(1), 2016.

SANTANA, Leni de Lima *et. al.* Absentismo laboral por trastornos mentales en trabajadores de la salud en un hospital brasileño. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2016.

SANTOS, Élem Guimarães; SIQUEIRA, Marluce Miguel. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. Bras. Psiquiatr.* vol.59 no.3 Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, José Vitor Palhares; SANTOS, Thiago, Lima Bahia; SOUZA, Ana Augusta Almeida; VERONEZE, Ricardo Braga. Políticas de inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. *Revista FOCO*, 2015.

SATHYANATH, Shashwath; MENDONSA , Rohan Dilip; THATTIL, Anitha Maria ; CHANDRAN, Varikkara Mohan; KARKAL, Ravichandra S . Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the non-psychiatry medical professionals in a university teaching hospital in South India. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 2016.

SAVRUN, B.M.; , ARIKAN, K.; UYSAL, O.; CETIN, G.; POYRAZ, B.C. , AKSOY, C. , BAYAR, M.R. Gender effect on attitudes towards the mentally ill: a survey of Turkish university students. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 2007.

SCHENNER, M.; KOHLBAUER, D.; GÜNTHER, V . [Communicate instead of stigmatizing - does social contact with a depressed person change attitudes of medical students towards psychiatric disorders? A study of attitudes of medical students to psychiatric patients]. *Neuropsychiatr.* ;25(4):199-207.; 2011.

SHAPIRO, Shauna L.; ASTIN, John A.; BISHOP, Scott R.; CORDOVA, Matthew. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, Vol 12(2), May 2005.

SILVA-JUNIOR, João Silvestre; FISCHER, Frida Marina. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. *Rev. Bras. Epidemiol.*; 2015.

SILVEIRA, Pollyanna Santos da; SOARES, Rhaisa Gontijo; GOMIDE, Henrique Pinto; FERREIRA, Gabriela Correia Lubambo; CASELA, Ana Luísa Marlière; MARTINS, Leonardo Fernandes; RONZANI, Telmo Mota. Social distance toward people with substance dependence: a survey among health professional. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 2015.

SINGH, Aakansha; MATTOO, Surendra K.; GROVER, Sandeep. Stigma Associated with Mental Illness: Conceptual Issues and Focus on Stigma Perceived by the Patients with Schizophrenia and Their Caregivers. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 2016.

SMILIANSKY, Barbara; NUNES, Edna; OLIVEIRA, José Victor; MARQUES, Paula; Ferreira Taciana; XAVIER, Ronyerick; SOUZA, Jozilda Lima. Discriminação da mulher no ambiente de trabalho. *Revista de Trabalhos Acadêmicos*, 2014.

SOUZA, Sara Cristina de Pina Gonçalves de; QUEIRÓS, Cristina; MARQUES, António. Auto-estigma na doença mental grave: desenvolvimento de um programa de intervenção com recurso ao sociodrama e ao e-learning. Tese Doutorado. U. PORTO, 2012.

SOUZA, Sara; MARQUES, António; CURRAL, Rosário; QUEIRÓS, Cristina. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother.* vol.34 no.4 Porto Alegre, 2012.

SOUZA, Flavia Mitkiewicz; DAHI, Catarina Magalhães; CARVALHO, Maria Cecilia Araujo; LOVISI, Giovanni; CAVALCANTI, Maria Tavares. Contribuições para o estudo sobre estigma social da doença mental no Brasil: uma revisão sobre o tema na literatura nacional. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 2015

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares pacientes e familiares. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2006.

STUART, H. Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention. *J. Can Psychiatry*, 48(10): 651-656, 2003.

STEFANOVICS, E.; HE, H.; OFORI-ATTA, A. et. al. Cross-National Analysis of Beliefs and Attitude Toward Mental Illness Among Medical Professionals From Five Countries. *Psychiatric Quarterly*, 2016.

The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Direcção-Geral da Saúde, 2002.

THORNICROFT, Graham ; MEHTA, Nisha; CLEMENT, Sarah; EVANS- LACKO, Sara; DOHERTY, Mary; ROSE, Diana; KOSCHORKE, Mirja; SHIDHAYE, Rahul; O'REILLY, Claire; HENDERSON, Claire. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination., *The Lancet*, 2015.

UEMURA, L.; MARIOTTI, M.C.; MUÑOZ, Palm R.C. Estigma e transtorno mental: perspectiva do terapeuta ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 2015.

VORKAPIC, Camila Ferreira; RANGÉ, Bernard. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. *Rev. Bras. Ter. Cogn.*; 2011.

WANG, P.W.; KO, C.H.; CHEN, C.S. et al. Changes of Explicit and Implicit Stigma in Medical Students during Psychiatric Clerkship. *Acad. Psychiatry.*, 2016.

WHO INTERNATIONAL CONSORTIUM IN PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders *Bulletin of the World Health Organization*, 2000.

WHO resource book on mental health, human rights and legislation. *International law 6.Guidelines 7.Developing countries I*.World Health Organization, 2005.

WINKLER, P.; MLADÁ, K.; JANOUŠKOVÁ, M. *et. al.* Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2016.

WORLD ECONOMIC FORUM, THE HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. The global economic burden of non-communicable diseases. Ginebra, Foro Económico Mundial, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the world health organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.

YOSHIOKA, Kumiko; REAVLEY, Nicola J.; ROSSETTO, A.; NAKANE, Yoshiyumi . Associations between Beliefs about the Causes of Mental Disorders and Stigmatizing Attitudes: Results of a Mental Health Literacy and Stigma Survey of the Japanese Public. *International Journal of Mental Health*, 2016.

2. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NA REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

A Revista Brasileira de Educação Médica é a publicação oficial da ABEM, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol.

SUBMISSÃO ON LINE

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<http://www.educacaomedica.org.br>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas. Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa.

AVALIAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo original recebido é avaliado por dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da pertinência temática, observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais e avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 20 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 120 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa, por revisor especializado.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaio - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

- 1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.
2. Comunicações: informes prévios de pesquisas em andamento - Extensão do texto de 1.700 palavras, máximo de 1 tabela e 5 referências.
3. Documentos: documentos sobre política educacional (documentos oficiais de colegiados oficiais) – Limite máximo de 2.000 palavras.
4. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente – Limite máximo de 6.000 palavras.
5. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado – Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.
6. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livredocência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e keywords.
7. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior – Limite máximo de 1.200 palavras.
8. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite – Limite máximo de 1.000 palavras.

ESTRUTURA:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços) - Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.
- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e email. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.
- Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo nesse idioma.
- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário DECS - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do MESH - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto. No caso de pesquisas que

tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

REFERÊNCIAS

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32). Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional

EXEMPLOS:

Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2008]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro

Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163- 7.

Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos

Carmargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22- 27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

RELATÓRIOS

Campos MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

REFERÊNCIA LEGISLATIVA

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

DECLARAÇÃO DE AUTORIA E DE RESPONSABILIDADE

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, deverão encaminhar, após a aprovação do artigo, a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.

ÉTICA EM PESQUISA

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/#conflicts>).

3 ARTIGO ORIGINAL

3.1 FOLHA DE ROSTO ARTIGO ORIGINAL

Título: Avaliação do estigma frente aos transtornos mentais nos acadêmicos de medicina

Stigma research in mental disorders in medical students

Autores:

Edimário Florêncio dos Santos, graduando em medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Endereço: Rua Arthur Fortes, 309B, Cidade Nova, Aracaju-SE, CEP: 49070040. E-mail: edimariofds@gmail.com

Helena Pinho de Sá – Médica Psiquiatra, mestrado em Medicina em Saúde Mental. Endereço: Avenida Deputado Silvio Teixeira, 9, Condomínio Le Jardim. Professora assistente na Universidade Federal de Sergipe; e-mail: helenapinhodesa@gmail.com

CONFLITO DE INTERESSES: “nada a declarar”.

3.2 RESUMO DO ARTIGO ORIGINAL

OBJETIVO: Investigar o estigma face aos transtornos mentais (TM) nos acadêmicos de medicina, influência da Psiquiatria, do gênero, do contato e quem foi esse contato com o portador de TM.

MÉTODO: Estudo longitudinal, descritivo-analítico, por meio de questionários, em 89 estudantes de medicina da UFS, campus Aracaju, antes e após cursarem a disciplina Psiquiatria. Os dados foram analisados pelo SPSS versão 21.0, considerados estatisticamente significativos quando $p < 0,05$.

RESULTADOS: Após cursarem Psiquiatria, os alunos apresentaram aumento significativo da “ajuda” e diminuição da “periculosidade”, “medo” e “evitamento”. O gênero feminino demonstrou maior “pena”, já o masculino, maior “ajuda” e menores “periculosidade” e “medo”. Quanto ao contato, a “ajuda” foi maior em quem teve e quando o portador de TM era um “familiar ou amigo”, a dimensão “ajuda” foi maior do que quando foi “outro”.

CONCLUSÕES: O estigma variou de acordo com o gênero e reduziu após cursarem Psiquiatria, com o contato e familiaridade com os portadores de TM. Tais dados apontam para a importância da disciplina de psiquiatria no currículo médico, contato e familiaridade para a redução do estigma.

APOIO FINANCEIRO: Nenhum.

PALAVRAS-CHAVE: Estigma, Transtornos mentais, Educação médica.

3.3 ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate stigma to mental disorders (TM) in medical students in relation with psychiatry, gender, contact with mental disorder patient and who this contact was.

METHODS: A longitudinal descriptive-analytical study was carried out using questionnaires, in 89 medical students from UFS, Aracaju campus, before and after studying psychiatry. Data were analyzed by SPSS version 21.0, considered statistically significant when $p < 0.05$.

RESULTS: After attending psychiatry, students presented a significant increase in "help" and a decrease in "dangerousness", "fear" and "avoidance". The female gender showed greater "pain" and the masculine, greater "help" and smaller "dangerousness" and "fear". As for the contact, the "help" was greater in those who had contact and when the TM carrier was a "friend or relative", the dimension "help" was greater than when it was "other."

CONCLUSIONS: Stigma varied according to gender and decreased after attending psychiatry, with the contact and familiarity with TM. These data point to the importance of the discipline of psychiatry in the medical curriculum, contact and familiarity with TM for the reduction of stigmas.

FINANCIAL SUPPORT: None.

KEYWORDS: Stigma, Mental disorders, Medical education.

3.4 INTRODUÇÃO

Atualmente, apesar dos avanços da psiquiatria como ciência a partir do século XX e sua evolução no diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais (TM) como patologia, o estigma frente a esses transtornos ainda persiste em nossa sociedade^{1,2,3} devido à influência de raízes históricas⁴, crenças tradicionais, culturais e religiosas⁵ e a falta e distorções de informações sobre tais transtornos².

A OMS conceitua os TM como um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis que apresentam manifestações psíquicas e/ou comportamentais e provocam algum comprometimento funcional e sofrimento, cujas etiologias são diversas e resultantes de disfunções biológicas, psicológicas e sociais⁶.

O estigma face aos TM é um conceito complexo, caracterizado como um atributo objetivo ou subjetivo que desqualifica seu portador e resulta em várias formas de discriminação e rejeição social⁷. Esse estigma passa a ser um problema social importante⁸ e é refletido nas escassas ações legislativas e recursos governamentais para o tratamento e reabilitação de portadores⁹. Por fim, ainda é apontado como uma das principais causas de subdiagnóstico e subtratamento, além de provocar baixa autoestima, isolamento social, menor procura e adesão ao tratamento de seus portadores¹⁰.

Nesse contexto social, os estudos também revelam que esse estigma também está presente nos acadêmicos de medicina^{11,12,13}, nos profissionais médicos^{14,15,16} e até em psiquiatras¹⁷, fator que afeta negativamente a assistência de seus pacientes, bem como diminui os encaminhamentos para serviços especializados. Assim, as medidas de prevenção e combate aos TM, como o suicídio, são prejudicadas¹¹ e esse fator é considerado um dos principais obstáculos na prestação de serviços de saúde mental dos dias atuais¹⁶.

A OMS considera os estigmas frente aos TM como uma das mais importantes barreiras do século a serem vencidas e recomenda maiores investimentos educacionais nos acadêmicos e profissionais da saúde, bem como em programas de conscientização na população em geral para aumento dos conhecimentos acerca dos TM, da importância da busca e manutenção do tratamento, com intuito de diminuir as concepções de estigma e discriminação da população e melhorar a busca e a adesão ao tratamento desses agravos à saúde¹⁸.

Com isso, diversos estudos têm demonstrado a influência positiva do contato com portadores de TM na disciplina de psiquiatria, durante as experiências práticas, nas atitudes discriminativas dos acadêmicos de medicina^{19,20,11}.

Nesse sentido, esse estudo se faz necessário, com intuito de avaliar o estigma nos acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Sergipe, Campus de Aracaju-SE, que serão os futuros médicos cuidadores dos portadores de TM, para um melhor entendimento acerca do seu estigma face aos TM, a influência da disciplina de Psiquiatria do curso de medicina, bem como do gênero, do contato com o portador de TM e quem foi esse portador.

3.5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal do tipo descritivo-analítico com estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Campus Aracaju-SE, com o objetivo de avaliar o impacto da disciplina de psiquiatria no estigma face aos portadores de TM, além da sua relação com o contato com portador de TM, com familiaridade com esse portador e com o gênero dos indivíduos avaliados.

Esse estudo foi elaborado segundo a Declaração de Helsinque (1964)²¹ e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde²², garantindo aos participantes além da confidencialidade das informações, o pleno direito de não aceitarem participar da pesquisa ou de retirarem sua permissão a qualquer momento, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A). Vale ressaltar que os procedimentos de coleta de dados envolvem riscos mínimos, como por exemplo, de constrangimento. O presente trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil, recebendo a certificação: **CAAE: 30545514.1.0000.5546**.

3.5.1 Amostra

Esse estudo foi realizado com acadêmicos de medicina correspondentes à totalidade de duas turmas, sendo 89 indivíduos avaliados antes de cursarem a disciplina Psiquiatria, denominado grupo A, e 79 alunos, das mesmas turmas, após cursarem a disciplina, denominado grupo B. A redução do número de alunos no segundo momento da avaliação se deveu à desistência da disciplina de dois deles e à recusa de oito deles para participar do estudo novamente.

3.5.2 Disciplina Psiquiatria Clínica

A disciplina de Psiquiatria da Universidade Federal de Sergipe, campus Aracaju, faz parte da grade curricular obrigatória do sétimo período de medicina, ministrada por médicas especialistas em psiquiatria com carga horária total de 75 horas. As aulas são distribuídas entre teóricas e práticas, sendo que a primeira abrange diversos temas da psiquiatria relevantes para formação médica geral, que representa cerca de 40% da carga horária, e a segunda, através de exibição e discussão de filmes, seminários, dramatização, anamnese e entrevista psiquiátrica de pacientes com TM em CAPS e enfermaria psiquiátrica, que representa cerca de 60% da carga horária.

3.5.3 Instrumentos de avaliação

Foi elaborado pelos próprios autores um questionário para obtenção de dados sociodemográficos dos acadêmicos avaliados, como também informações a respeito de contato com pessoas diagnosticadas com TM e se esse contato foi “ele mesmo”, um “amigo/familiar” ou “outro” (ANEXO B).

O Questionário de Atribuição AQ-27 (ANEXO C) foi utilizado para avaliar o estigma face aos TM da amostra estudada. Esse questionário foi construído por Corrigan *et. al.* (2003)²³, traduzido e validado para o português por SOUZA *et. al.*(2008)²⁴ que, por sua vez, autorizou a utilização do mesmo (ANEXO D).

Esse instrumento é constituído por uma vinheta com a descrição de um caso de um portador de um TM que apresenta sintomas compatíveis com esquizofrenia, seguida de 27 assertivas que serão avaliadas pelo aluno diante de tal caso. As opções de resposta são graduadas por uma escala de Likert que varia de um a nove, em que o um corresponde à “nada” e nove equivalente a “muito”, sendo que cada três delas correspondem a uma dimensão de estigma e, assim, totalizam nove dimensões. As dimensões de estigma avaliadas pelo AQ-27 são: responsabilidade (são responsáveis por ter a doença), pena (sentimento de piedade e compaixão pelo sofrimento deles), Irritação (provocam indignação e raiva), periculosidade (são perigosas), medo (são assustadoras e imprevisíveis), ajuda (necessitam de assistência e ajuda), coação (precisam ser obrigadas a se tratar independentemente de suas vontades), segregação (devem ser enviados para instituições localizadas longe da comunidade) e evitamento (não devem viver em comunidade). Corrigan *et. al.* (2003)²³ associou sete dessas dimensões com atitudes discriminatórias: “responsabilidade”, “periculosidade”, “medo”, “raiva”, “coerção”, “segregação” e “evitamento” e outras com concepções positivas de proximidade e assistência: “ajuda” e “pena”.

3.5.4 Análise dos dados sociodemográficos e do AQ-27

Os dados foram analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Os dados contínuos com distribuição normal com duas variáveis foram analisados por meio do teste *t* de Student, e a ANOVA para os dados com três variáveis, seguido de pós-teste de Bonferroni.

Para os dados categóricos com distribuição normal foi aplicado o teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson e, sem distribuição normal, foi utilizado o Teste Exato de Fisher. Foram consideradas significativas as diferenças com valores de $p < 0.05$.

3.6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.6.1 Caracterização sociodemográfica da amostra.

O grupo A foi de 89 acadêmicos, o que correspondeu à totalidade das duas turmas antes da disciplina Psiquiatria, e o grupo B, de 79 acadêmicos, pois dois desistiram da disciplina ao longo do semestre e outros oito se recusaram a participar do estudo novamente. Salienta-se que, apesar do grupo dos acadêmicos que cursaram psiquiatria ter diminuído seus integrantes, a avaliação estatística dos dados entre os grupos A e B não evidenciou diferença com significância estatística em nenhuma das variáveis independentes estudadas (Tabela 1).

As idades dos sujeitos variaram de 20 a 40 anos, sendo a média do grupo A de 24,6 anos com Desvio Padrão (D.P.) igual a $\pm 3,80$, na qual um aluno não respondeu esse dado; já do grupo B, a média foi de 24,94 $\pm 3,77$, onde um aluno não respondeu, o que não demonstrou diferença com significância estatística da média de idade entre os grupos ($t_{(1,165)} = -0,56$, $p = 0,57$).

Quanto ao gênero, o grupo A apresentou 44 acadêmicos do gênero masculino e 45 do feminino, correspondente a 49,4% e 50,5%, respectivamente. Em relação aos 79 acadêmicos do grupo B, 39 identificaram-se como do gênero masculino e 40 do feminino, correspondente a 49,3% e 50,6%, respectivamente, o que não mostrou diferença com significância estatística entre os grupos ($\chi^2 = 0,001$; $p = 1,00$).

Referente ao contato com uma pessoa que foi diagnosticada com TM, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Teste Exato de Fisher, $p = 0,34$), onde 77,5% dos alunos do grupo A afirmaram contato positivo e 22,4% negaram esse contato e 83,5% dos alunos do grupo B relataram contato positivo e 16,4% negaram contato. Embora sem significância estatística, observa-se que o número dos acadêmicos que tiveram contato com algum portador de TM aumentou após a disciplina de psiquiatria, provavelmente devido às aulas práticas da disciplina e suas atividades de contato com os portadores de TM.

Em relação à identificação de “quem” foi esse contato, também não houve diferença da distribuição das mesmas entre os grupos (Teste Exato de Fisher, $p = 0,95$), onde, no grupo A, 4,4% dos acadêmicos relataram “ele próprio”, 50,5% alegaram conhecer “algum familiar ou amigo” com algum TM e 20,2% disseram que conheciam “outra” pessoa. Quanto ao grupo B, 5% acadêmicos alegaram portar algum TM, 56,9% acadêmicos tiveram contato com algum familiar ou amigo e 20,2% alegaram conhecer outras pessoas com transtorno. Observa-se que a autoidentificação, como também nos familiares e amigos com algum tipo de TM também aumentou após a disciplina, possivelmente pelo aumento do conhecimento

acerca dos sinais e sintomas dos TM, o que os permitiu aumentar a acurácia na percepção desses transtornos.

3.6.2 Caracterização das dimensões do questionário AQ-27 quanto aos grupos de alunos

As médias do questionário AQ-27 foram comparadas entre os grupos de alunos A e B, isto é, grupos de alunos antes e após a disciplina psiquiatria, respectivamente. Observou-se que a dimensão positiva “ajuda” foi significativamente maior no grupo B que no grupo A ($t_{(1,161)} = -3,44$; $p=0,001$; com IC 95%= -3,57 a -0,96). Por outro lado, as dimensões negativas “periculosidade” ($t_{(1,163)} = 2,42$; $p= 0,016$; com IC 95%= 0,36 a 3,52), “medo” ($t_{(1,163)} = 3,11$; $p= 0,002$; com IC 95%= 0,96 a 4,28), e “evitamento” ($t_{(1,161)} = 2,09$; $p= 0,038$; com IC 95%= 0,10 a 3,68) foram menores significativamente no grupo B (Tabela 2).

A análise de tais dados nos sugere que o aumento dos conhecimentos teórico-práticos sobre os TM, através da disciplina psiquiatria, diminuiu as atitudes discriminativas dos estudantes, que passaram a achá-los menos perigosos, gerando menor sensação de medo e conseqüentemente menos propensos a evitá-los. Estes dados corroboram com diversos estudos na literatura que tem se esforçado em elucidar a influência da disciplina de psiquiatria nos estigmas dos acadêmicos de medicina. Pascucci *et. al.* (2016) também observaram a influência positiva da disciplina, visto que os acadêmicos que não a fizeram tinham maiores concepções que os portadores de TM eram inferiores, que exigiam atitudes coercitivas, socialmente perigosos e que deviam ser tratados longe da comunidade¹¹.

O trabalho de Wang e colaboradores (2016), realizado em Taiwan com 62 acadêmicos de medicina, demonstrou que em apenas um mês o estágio em psiquiatria diminuiu as atitudes discriminativas dos estudantes¹⁹.

Outro estudo realizado no Rio de Janeiro- Brasil, também demonstrou diminuição do estigma dos acadêmicos pós-psiquiatria, evidenciando maior aceitação social nos acadêmicos, face aos portadores de transtornos mentais²⁰.

Por fim, o estudo de ARUNA *et al.* (2016) evidencia a influência que os alunos de medicina sofrem das atitudes e concepções estigmatizantes sobre os TM da sociedade onde vivem e ressalta a importância do curso de medicina para que isso não seja perpetuado durante sua vida profissional e afete suas ações em saúde²⁵.

3.6.3 Caracterização das dimensões do questionário AQ-27 quanto ao gênero

As médias das dimensões do AQ-27 também foram avaliadas quanto ao gênero. Observou-se que a dimensão positiva “pena” apresentou maior média no gênero feminino com significância estatística ($t_{(1,163)} = 0,78$; $p = 0,002$; com IC 95% = -1,07 a 2,48); já a “ajuda” foi maior no gênero masculino ($t_{(1,161)} = -3,44$; $p = 0,028$; com IC 95% = -3,57 a -0,96). Além disso, as dimensões negativas “periculosidade” ($t_{(1,163)} = 2,42$; $p = 0,017$; com IC 95% = 0,36 a 3,52) e “medo” ($t_{(1,163)} = 3,11$; $p = 0,011$; com IC 95% = 0,96 a 4,28) foram menores no gênero masculino com significância estatística (Tabela 3).

Referente a esses dados, observa-se que as dimensões do AQ-27 variaram bastante quanto ao gênero. Apesar do gênero feminino ter apresentado maior compaixão perante os portadores de TM, o gênero masculino apresentou maior predisposição a ajudá-los, além de achá-los menos perigosos e, por conseguinte, a ter menos medo social deles. Tais resultados evidenciam menores atitudes discriminativas ligadas ao gênero masculino, contrapondo-se aos dados na literatura encontrados, que tem demonstrado menores concepções estigmatizantes ligadas ao gênero feminino^{26,27,28,13}. Esta melhor atitude das mulheres frente aos portadores de TM pode ser explicada devido seu papel social de mãe e cuidadora, o que pode estar associado a maior proximidade e conhecimento dos TM e, por conseguinte, menores concepções estigmatizantes²⁹.

Por outro lado, o estudo de Abiodun & Adewuya (2007) corroborou com nossos dados, que avaliou atitudes discriminativas em 312 médicos nigerianos, evidenciando maior estigma ligado ao gênero feminino⁵.

3.6.4 Caracterização da amostra do questionário AQ-27 quanto ao contato com portador de transtorno mental

O presente estudo também avaliou a média das dimensões do AQ-27 em relação ao contato do aluno com portador de TM. Os resultados mostraram que apenas a dimensão positiva “ajuda” diferiu significativamente entre os grupos, sendo maior naquele que teve contato com o portador de TM ($t_{(1,161)} = 2,19$; $p = 0,02$; com IC 95% = 0,19 a 3,60). Isso pode sugerir que o contato desses alunos com algum portador de TM fez com que tivessem mais disposição de oferecer assistência e ajuda a esses portadores, corroborando com outros estudos que tem evidenciado influência positiva do contato nas atitudes estigmatizantes e discriminativas^{30,1,31} (Tabela 4).

Na tentativa da avaliação da influência do contato das aulas práticas de psiquiatria nos estigmas, Schenner *et. al.* (2011) observaram alunos antes e após essas atividades e verificaram que, após esse contato, os acadêmicos tiveram menos medo, além de redução significativa da periculosidade e imprevisibilidade e, por conseguinte, menor distanciamento social³⁰.

O contato com o portador de TM é de fundamental importância para redução das atitudes estigmatizantes, como evidenciado no estudo de Penn & Couture (2002) que analisou três formas de promoção da redução do estigma: protesto, educação e contato, e concluiu que a última medida foi a mais eficiente³². Por fim, esse dado foi fortalecido após metanálise que analisou 80 trabalhos de ações de combate ao estigma em todo mundo e constatou que o contato com portador de TM foi um dos fatores mais importantes nessas ações³³.

3.6.5 Caracterização da amostra do questionário AQ-27 quanto a com quem o aluno teve contato

Na análise das médias das dimensões do AQ-27 quanto a com “quem” o acadêmico teve contato, entre as variáveis “eu”, “familiar/amigo” e “outros”, apenas a dimensão “ajuda” obteve diferença com significância estatística ($p= 0,027$) (Tabela 5). O grupo “familiar/amigo” apresentou média de “ajuda” superior ao “outros” ($p=0,022$), sendo a diferença média entre eles de $2,22\pm 0,81$ e IC 95% de 0,24 a 4,21 (Tabela 6). Corroborando com tais dados, outros estudos têm demonstrado a influência positiva da familiaridade na diminuição das atitudes estigmatizantes, como o estudo de Souza *et. al.* (2012) realizado em Portugal com 40 familiares com portadores de Esquizofrenia. Tal estudo utilizou o mesmo questionário avaliador do estigma AQ-27 e verificou maiores escores das médias das dimensões positivas “pena” e “ajuda”, a partir do que se pode inferir que a familiaridade com o portador de TM esteve associado a maior piedade e vontade de ajudar por parte de seus familiares³⁴.

Por fim, o trabalho de Barbosa & Marques (2012), que da mesma forma utilizou o questionário AQ-27, avaliou 643 acadêmicos da saúde também observou que os estudantes que tinham contato com algum familiar portador de TM, apresentaram maior sentimento de ajuda de forma significativa²⁷.

3.7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a disciplina de psiquiatria teve um papel importante na diminuição das atitudes estigmatizantes dos acadêmicos, tendo em vista que o aumento dos conhecimentos teórico-práticos acerca dos TM os fez estarem mais dispostos a oferecer assistência aos seus portadores, além de os acharem menos perigosos, a terem menor medo social e conseqüentemente a evitá-los menos.

O estigma dos acadêmicos de medicina variou de acordo com o gênero, onde o gênero feminino apresentou maior sentimento de pena; por outro lado, o masculino mostrou-se mais disposto a ajudar aos portadores de TM, além de achá-los menos perigosos e sentir menos medo social dos mesmos.

Também a presença do contato fez com que os acadêmicos estivessem mais predispostos a oferecerem assistência e ajuda. Além disso, o fato de o portador de TM ser um familiar e amigo também fez com que os acadêmicos apresentassem maior vontade de ajudar.

Parte desses dados corroboram com os encontrados na literatura e parte são inéditos, porém todos apontam para a importância e necessidade da disciplina de psiquiatria no currículo médico, contato e familiaridade com os portadores de TM como instrumentos no combate aos estigmas vigentes na sociedade atual.

3.8 REFERÊNCIAS

- 1) Oliveira ARF, Azevedo SM. Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 2014; 30(4), 227-234.
- 2) Prado A L, Bressan R A. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. *Rev. Psicopedagogia*, 2016; 33(100), 103-109.
- 3) Yoshioka K, Reavley NJ, Rossetto A, Nakane Y Associations between Beliefs about the Causes of Mental Disorders and Stigmatizing Attitudes: Results of a Mental Health Literacy and Stigma Survey of the Japanese Public. , 2016; 45 (3), 183-192.
- 4) Queiroz MIMAC, Dias P. Percepção dos alunos de medicina face à doença mental: estudo exploratório sobre diferenças de género; 2013. Mestrado [Dissertação] - Universidade Católica Portuguesa.
- 5) Abiodun O, Adewuya A. Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 2007; 42(11):931-6.
- 6) World Health Organization (2005). WHO resource book on mental health, human rights and legislation (Guidelines). International law Developing countries I., 2005. [capturado em 14 Nov. 2016]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/who_resource_book_en.pdf
- 7) Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ, USA: Prentice Hall, 1963.
- 8) Rossle W. The stigma of mental disorders. *EMBO reports*, 2016; 17(9), 1250-1253.
- 9) Pitta AMF, Coutinho DM, Rocha CCM. (2015). Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights–WHO. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)*, 2015; 39(106), 760-771.
- 10) Hirata E S. Estigma e depressão. *RBM*, 2015.
- 11) Pascucci M, Stella E, La Montagna M, De Angelis A, Parente P, Di Nunzio V, *et. al.* Attitudes toward psychiatry and psychiatric patients in medical students: Can real-world experiences reduce stigma?. *European Psychiatry*, 2016; 33, S218.
- 12) Lev-Ran S, Steinmetz Y, Weiser M. Attitudes towards substance use and substance use disorders among medical students in Israel. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2016; 1-8.
- 13) Pingani L, Catellani S, Del Vecchio V, Sampogna G, Ellefson S E, Rigatelli, M, *et. al.* Stigma in the context of schools: analysis of the phenomenon of stigma in a population of university students. *BMC psychiatry*, 2016; 16(1), 1.
- 14) Winkler P, Mladá K, Janoušková M, Weissová A, Tušková E, Csémy L, Evans-Lacko S. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2016; 51(9), 1265-1273.

- 15) Stefanovics E, He H, Ofori-Atta A, *et. al.* Cross-National Analysis of Beliefs and Attitude Toward Mental Illness Among Medical Professionals From Five Countries. *Psychiatric Quarterly* , 2016; 87 (1), 63-73.
- 16) Sathyanath S, Mendonsa RD, Thattil AM, Chandran VM, Karkal RS. Socially restrictive attitudes towards people with mental illness among the non-psychiatry medical professionals in a university teaching hospital in South India. *International Journal of Social Psychiatry*, 2016; 62(3), 221-226.
- 17) Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, Lawson FL, Wang YP, Gattaz W F, RÖSSLER W. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2011; 38(5), 173-177.
- 18) Organização Mundial de Saúde (2001). *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, Relatório sobre a Saúde no Mundo*, [capturado em 10 Nov. 2016]. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>.
- 19) Wang PW, Ko CH, Chen CS, Yang YHC, Lin HC, Cheng CC, *et. al.* Changes of Explicit and Implicit Stigma in Medical Students during Psychiatric Clerkship. *Academic Psychiatry*, 2016; 40(2), 224-228.
- 20) Neto RHG, Rosenheck RA, Stefanovics EA *et al.* Attitudes of Brazilian Medical Students Towards Psychiatric Patients and Mental Illness: A Quantitative Study Before and After Completing the Psychiatric Clerkship. *Acad. Psychiatry*, 2016; 1-5.
- 21) Associação Médica Mundial. *Declaração de Helsinki*. Finlândia; 1964. (Relatório).
- 22) Ministério da Saúde. Resolução N°196/96 versão 2012. [capturado em 10 Nov. 2016]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf
- 23) Corrigan, P., Markowitz, F., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M. An attribution model of public discrimination towards people with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 2003; 44, 162–179.
- 24) Sousa S, Queirós C, Marques A, Rocha N, Fernandes A. Versão preliminar Portuguesa do Attribution Questionnaire (AQ-27), adaptada com Autorização de P. Corrigan. Porto: FPCEUP / ESTSPIPP; 2008.
- 25) Aruna G, Mittal S, Yadiyal MB, Acharya C, Acharya S, Uppulari C. . Perception, knowledge, and attitude toward mental disorders and psychiatry among medical undergraduates in Karnataka: A cross-sectional study. *Indian Journal of Psychiatry*, 2016; 58(1), 70.
- 26) Gonzalez JM, Alegría M, Prihoda TJ, Copeland LA, Zeber JE. How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*; 2011; 46(1), 45-57.
- 27) Barbosa TRS; Marques AJ. *Estigma face à doença mental por parte de futuros profissionais de saúde mental*, 2010. Mestrado [Dissertação] - Universidade de Porto.

- 28) Bannatyne AJ, Stapleton PB. Attitudes towards anorexia nervosa: volitional stigma differences in a sample of pre-clinical medicine and psychology students. *Journal of Mental Health*, 2016; 1-7.
- 29) Spadini LS, Mello MCB. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2006; 40(1), 123-127.
- 30) Schenner M, Kohlbauer D, Günther V. [Communicate instead of stigmatizing - does social contact with a depressed person change attitudes of medical students towards psychiatric disorders? A study of attitudes of medical students to psychiatric patients]. *Neuropsychiatr.*, 2011; 25(4):199-207.
- 31) Fernandez A, Tan KA, Knaak S, Chew BH, Ghazali SS. Efeitos de um programa Psychoeducational Breve sobre o Estigma na Malásia Estudantes de Medicina pré-clínicos: Um estudo randomizado controlado. *Academic Psychiatry*, 2016; 1-7.
- 32) Penn DL, Couture SM. Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry*, 2002; 1(1), 20-21.
- 33) Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, *et. al.* Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 2016; 387(10023), 1123-1132.
- 34) Sousa SD, Marques A, Rosário C, Queirós C. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 2012; 34(4), 186-197.

TABELAS

Tabela 1- Dados sociodemográficos e contato com transtorno mental entre os grupos A (acadêmicos antes da Psiquiatria) e Grupo B (acadêmicos após a Psiquiatria).

| Variáveis | Grupo A (n=89) | Grupo B (n=79) | <i>p</i> |
|------------------------------|----------------|----------------|----------|
| Idade (média ± D.P.)* | 24,60±4,54 | 24,94±4,59 | 0,57 |
| Gênero n (%) | | | |
| Masculino | 44 (49,4) | 39 (49,3) | 1,00 |
| Feminino | 45 (50,5) | 40 (50,6) | |
| Contato n (%) | | | |
| Sim | 69(77,5) | 66(83,5) | |
| Não | 20(22,4) | 13(16,4) | 0,34 |
| Quem n (%)** | | | |
| Eu mesmo | 4 (4,4) | 4 (5,0) | |
| Familiar ou amigo | 45 (50,5) | 45 (56,9) | 0,95 |
| Outros | 18(20,2) | 16 (20,2) | |

χ^2 de Pearson; Teste Exato de Fisher. *Dois alunos não responderam a idade. ** Três alunos não responderam o quem.

Tabela 2 - Caracterização das médias dimensões do AQ-27 entre os grupos A (acadêmicos antes da Psiquiatria) e B de alunos (acadêmicos após a Psiquiatria).

| Dimensões do AQ-27 | Grupo A (n= 89) | Grupo B (n=79) | p |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------|
| Responsabilidade (média± D.P.) | 7,89±4,12 | 6,89±3,43 | 0,10 |
| Pena (média± D.P.) | 16,30±5,58 | 15,59±5,92 | 0,43 |
| Irritação (média± D.P.) | 10,45±4,87 | 8,97±5,06 | 0,58 |
| Periculosidade (média±D.P.) | 11,80±5,32 | 9,86±4,85 | 0,016 |
| Medo (média± D.P.) | 11,55±5,91 | 8,92±4,68 | 0,002 |
| Ajuda (média± D.P.) | 20,60±4,49 | 22,87±3,79 | 0,001 |
| Coação (média± D.P.) | 14,78±4,53 | 15,20±4,01 | 0,54 |
| Segregação (média± D.P.) | 7,43±4,04 | 7,09±3,70 | 0,58 |
| Evitamento (média± D.P.) | 16,24 ± 5,48 | 14,35±6,05 | 0,038 |

D.P.= Desvio padrão; Teste *t* de Student.

Tabela 3 - Caracterização das médias das dimensões do AQ-27 entre os gêneros Masculino e Feminino.

| Dimensões do AQ-27 | Masculino (n=83) | Feminino (n= 85) | <i>p</i> |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Responsabilidade (média± D.P.) | 7,46±3,79 | 7,40±3,91 | 0,93 |
| Pena (média± D.P.) | 14,59±5,64 | 17,29±5,55 | 0,002 |
| Irritação (média± D.P.) | 9,99±4,91 | 9,55±5,10 | 0,57 |
| Periculosidade (média± D.P.) | 9,91±5,02 | 11,83±5,19 | 0,017 |
| Medo (média± D.P.) | 9,21±5,18 | 11,39±5,64 | 0,011 |
| Ajuda (média± D.P.) | 22,42±3,70 | 20,93±4,74 | 0,028 |
| Coação (média± D.P.) | 14,73 ±4,21 | 15,21±4,38 | 0,46 |
| Segregação (média± D.P.) | 6,95±3,77 | 7,58±3,97 | 0,30 |
| Evitamento (média± D.P.) | 14,83±5,76 | 15,86±5,85 | 0,26 |

D.P.= Desvio Padrão; Teste *t* de Student.

Tabela 4- Caracterização das médias das dimensões do AQ-27 entre a ausência e presença do contato com portador de transtorno mental

| Dimensões do AQ-27 | Sim (n=135) | Não (n=33) | p |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------|
| Responsabilidade (média± D.P.) | 7,34±3,77 | 7,80±4,20 | 0,55 |
| Pena (média± D.P.) | 16,16±5,83 | 15,16±5,33 | 0,38 |
| Irritação (média± D.P.) | 9,77±4,86 | 9,75±5,64 | 0,98 |
| Periculosidade (média± D.P.) | 10,95±5,39 | 10,68±4,26 | 0,79 |
| Medo (média± D.P.) | 10,47±5,72 | 9,71±4,57 | 0,48 |
| Ajuda (média± D.P.) | 22,00±4,15 | 20,10±4,77 | 0,02 |
| Coação (média± D.P.) | 15,14±4,17 | 14,26±4,79 | 0,30 |
| Segregação (média± D.P.) | 7,42±3,99 | 6,60±3,31 | 0,29 |
| Evitamento (média± D.P.) | 15,22±5,78 | 16,00±5,98 | 0,50 |

D.P.= Desvio padrão; Teste *t* de Student.

Tabela 5. Caracterização das médias dimensões do AQ-27 do contato entre “eu”, “familiar/ amigo” e “outros”.

| Dimensões do AQ-27 | Eu (n=8) | Familiar/amigo (n=90) | Outro (n=34) | p |
|------------------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------|----------|
| Responsabilidade (média±DP) | 7,00±3,78 | 7,55±3,79 | 6,82 ±3,90 | 0,63 |
| Pena (média±DP) | 19,86±4,25 | 15,70±5,59 | 16,18±6,43 | 0,18 |
| Irritação (média±DP) | 10,00±4,34 | 9,80±4,94 | 10,00±4,93 | 0,97 |
| Periculosidade (média±DP) | 15,00±6,29 | 10,53±5,43 | 11,33±5,04 | 0,10 |
| Medo (média±DP) | 15,00±7,46 | 10,00±5,62 | 10,91±5,48 | 0,077 |
| Ajuda (média±DP) | 22,14±4,84 | 22,65±3,67 | 20,42±4,66 | 0,027 |
| Coação (média±DP) | 17,43±1,71 | 15,07±4,12 | 14,70±4,50 | 0,28 |
| Segregação (média±DP) | 9,00±4,35 | 7,17±4,11 | 7,73±3,66 | 0,44 |
| Evitamento (média±DP) | 11,43±6,50 | 15,29±5,81 | 16,06±5,01 | 0,14 |

D.P. = Desvio padrão; Teste ANOVA seguido de pós-teste de Bonferroni.

Tabela 6- Distribuição das diferenças médias e DP da dimensão “Ajuda” entre os grupos “eu”, “família/amigo” e “outros”

| Quem | Diferença média± EP | IC 95% | P |
|--------------------------|----------------------------|---------------|----------|
| Ajuda | | | |
| Eu vs Familiar/Amigo | -0,50±1,57 | -4,33 a 3,31 | 1,00 |
| Eu vs Outros | 1,71±1,66 | -2,33 a 5,77 | 0,91 |
| Familiar/Amigo vs Outros | 2,22±0,81 | 0,24 a 4,21 | 0,022 |

Diferença média± DP (Desvio Padrão). IC: Intervalo de confiança. Teste ANOVA seguido de pós-teste de Bonferroni.

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: **Estigma face aos transtornos mentais de estudantes da Saúde da Universidade Federal de Sergipe: um estudo longitudinal**

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Profa. MSC. Helena Pinho de Sá

Psiquiatra CREMESE

3977

Departamento de Medicina da UFS

**Profa. Mcs. Salvyana Carla Palmeira Sarmeno
Silva**

Médica CREMESE

3962

Departamento de Medicina da UFS

Justificativa e objetivo da pesquisa: O estigma dos transtornos mentais interfere negativamente na qualidade de vida, prognóstico e inserção social dos pacientes. Com isso o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto das disciplinas relacionadas ao ensino dos transtornos mentais dos cursos de Medicina, Psicologia e Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe no combate ao estigma dos mesmos visto que este está diretamente relacionado a falta de conhecimento.

Benefícios que se pode obter: Este estudo irá auxiliar no entendimento das bases biológicas da depressão e da relação entre alterações biológicas e a expressão dos afetos e emoções. Além disso, auxiliará a entendermos quais as diferenças biológicas ou psicológicas que fazem com que algumas pessoas deprimidas tenham sintomas psicóticos enquanto outras não os têm. O melhor entendimento do que ocorre na depressão poderá, no futuro, ajudar no desenvolvimento de novos tratamentos.

Endereço e telefone dos pesquisadores responsáveis:

Departamento de Medicina, Campus da Saúde “Professor João Cardoso Nascimento Jr.. Rua Cláudio Batista S/N, Sanatório- CEP: 49060-100. Tel: (79 2105-1807

Eu _____,
R.G. _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízos;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;
4. O compromisso de que os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e devidamente divulgados na comunidade científica.
5. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando;
6. O ressarcimento de eventuais despesas decorrentes da minha participação no projeto, a ser promovido pelo orçamento da pesquisa.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Aracaju, _____ de _____ de _____

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Prezado aluno, o questionário cujo preenchimento pede sua colaboração faz parte do Projeto intitulado “Estigma face aos transtornos mentais de estudantes da Saúde da Universidade Federal de Sergipe: um estudo longitudinal” realizado no Campus da UFS de São Cristóvão sob orientação das professoras Helena Pinho de Sá e Salvyana que se destina somente a fins de investigação científica e para cujas respostas serão garantidas o anonimato. Responda de acordo com a sua opinião, pois não existe certo ou errado ou melhor ou pior respostas.

Parte I

Sexo

Masculino Feminino

Idade anos

Período que frequenta _____

Já cursou uma das seguintes matérias abaixo:

Medicina- Psicologia Médica, Psicopatologia e Psiquiatria

Psicologia- Psicofarmacologia, Psicopatologia I e Psicopatologia II

Enfermagem- Psicologia Geral e Enfermagem Psiquiátrica

Sim Não

Tem contato ou conhece alguma pessoa que foi diagnosticado com uma doença mental:

Sim Não

Se sua resposta foi sim, quem?

Eu mesmo Familiar ou amigo Outro

ANEXO C

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE A SEGUINTE DECLARAÇÃO SOBRE JOSÉ ABAIXO:

José tem 24 anos iniciou um novo trabalho há dois meses e há uma semana começou a apresentar irritabilidade, explosões de raiva, atrasos frequentes, a não cumprir suas tarefas adequadamente alegando esquecer-las e estava sempre isolado. Dizia ainda que não dormia bem e que estava ouvindo vozes que gozavam com ele, criticando-o constantemente. Procurou o médico que receitou medicações para ele tomar diariamente para melhorar seu comportamento.

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

1. Eu iria sentir-me incomodado pelo José.

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

2. Eu iria sentir-me inseguro perto do José.

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

3. O José iria assustar-me

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

4. Até que ponto ficaria zangado com o José?

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

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

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

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

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

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

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

- | Nada provável | Muito provável | | | | | | | |
|--|-----------------------|---|---|---|--|----------------------------|---|--------------|
| 8. Eu estaria disposto a conversar com o José sobre os seus problemas. | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | | | muito |
| 9. Eu iria sentir piedade pelo José. | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nenhum | | | | | | | | muita |
| 10. Eu iria pensar que o José é o culpado da sua condição atual. | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Não, não concordo em | | | | | | Sim, concordo muito | | |
| 11. Até que ponto acha que é controlável a causa da situação actual do José? | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Nada depende do controle | | | | | Completamente depende do controle | | | |
| 12. Até que ponto se sentiria irritado com o José? | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | | | muito |
| 13. Até que ponto sentiria que o José é perigoso? | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | | | muito |
| 14. Até que ponto concorda que o José deveria ser forçado a tratar-se com o seu médico mesmo que ele não o quisesse? | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | | | muito |
| 15. Eu penso que seria melhor para a comunidade onde o José está inserido, se | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | | | muito |
| 16. Eu partilharia uma boleia de carro com o José, todos os dias. | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | | | muito |
| 17. Até que ponto acha que um asilo, onde o José pudesse estar afastado da sua vizinhança, seria o melhor local para ele? | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | | | muito |
| 18. Eu iria sentir-me ameaçado pelo José. | | | | | | | | |

- | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|-------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Não, nada | | | | | | Sim, muito | | |
19. Até que ponto sentiria medo do José?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | muito | | |
20. Até que ponto estaria disposto a ajudar o José?
- | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Definitivamente não o ajudaria | | | | | Definitivamente ajuda-lo-ia | | | |
21. Até que ponto tem a certeza de que iria ajudar o José?
- | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|-------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Nenhuma | | | | | | Certeza absoluta | | |
22. Até que ponto sentiria pena do José?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | muito | | |
23. Até que ponto acha que o José é responsável pela sua situação atual?
- | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Nada responsável | | | | | | Muito responsável | | |
24. Até que ponto se iria sentir assustado pelo José?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | muito | | |
25. Se eu fosse responsável pelo tratamento do José, iria forçá-lo a viver numa residência comunitária.
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | muito | | |
26. Se eu fosse senhorio, provavelmente alugaria um apartamento ao José.
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|-----------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | muito provável | | |
27. Até que ponto se iria preocupar com o José?
- | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|---|--------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| nada | | | | | | muito | | |

ANEXO D

• Re: Fw: Fwd: Contato sobre o AQ-27

To Helena de

Cara Helena

Autorização concedida. Peço-vos que quando terminada façam-nos chegar os vossos resultados.

Boa investigação!

Sara de Sousa

Em 5 de fevereiro de 2014 21:49, Helena de <helena.de.sa@yahoo.com> escreveu:

Prezada Sara Sousa.

↳ Gostaríamos de sua autorização para utilizar sua versão portuguesa do AQ-27 no nosso projeto de estigma que será desenvolvido por mim e meus alunos.

Cordialmente.

Helena Pinho de Sá

Professora Assistente de Psiquiatria

Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Médica especialista em Psiquiatria e Neurologia

helena.de.sa@yahoo.com / helenapinhodesa@gmail.com