



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

MARCKSSUELLY CASSIA DA SILVA MELO

**Avaliação do estigma face ao transtorno mental em estudantes iniciantes e
concludentes de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.**

ARACAJU-SE

2016

MARCKSSUELLY CASSIA DA SILVA MELO

Avaliação do estigma face ao transtorno mental em estudantes iniciantes e concludentes de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientadora:

Prof^ª. MS. Helena Pinho de Sá

ARACAJU-SE

2016

Avaliação do estigma face ao transtorno mental em estudantes iniciantes e concludentes de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Aprovado em ____/____/____/

Orientadora: Prof^a. Ms. Helena Pinho de Sá

Autora: Marckssuely Cássia da Silva Melo

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Alegrai-vos sempre no senhor. Mais uma vez direi: Alegrai-vos! Seja vossa razoabilidade conhecida de todos os homens. O senhor está perto. Não estejais ansiosos de coisa alguma, mas em tudo, por oração e súplica, junto com agradecimento, fazei conhecer as vossas petições a Deus; e a paz de Deus, que excede todo pensamento, guardará os vossos corações e as vossas faculdades mentais por meio de Cristo Jesus. Por fim, irmãos, todas as coisas que são verdadeiras, todas as que são de séria preocupação, todas as que são justas, todas as que são castas, todas as que são amáveis, todas as coisas que se fala bem, toda virtude que há e toda coisa louvável que há, continuais a considerar tais coisas. As coisas que aprendestes bem como aceitastes, e ouvistes, e vistes, em conexão comigo, estas praticai; e o Deus de paz estará convosco.

Filipenses 4: 4-9

A Deus, obrigada por iluminar minha caminhada, sendo a força para enfrentar as dificuldades que surgiram no decorrer do meu curso.

A minha querida orientadora, Helena Pinho de Sá, por seus valorosos conselhos, por partilhar comigo parte do seu conhecimento, pela disposição de estar sempre me ajudando nesta trajetória, pela paciência e pelo exemplo de mulher, professora, médica e pesquisadora que és.

Minha eterna admiração e gratidão!

Aos estudantes de Enfermagem que participaram dessa pesquisa.

Aos colegas de curso Edimario, Joara e Erica pelo apoio e auxílios indispensáveis à realização desse trabalho.

Aos meus queridos pais e irmãos pelo amor e por estarem sempre ao meu lado.

Amo muito vocês!

Ao meu esposo pelo amor, companheirismo e apoio durante meu curso.

A Aline e Andreza, amigas do curso de Enfermagem, pelo auxílio durante a coleta de dados.

Enfim, meus agradecimentos para todos que de alguma forma, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

UFS – Universidade Federal de Sergipe

OMS – Organização Mundial de Saúde

CID - 10 – Classificação Internacional das Doenças 10ª Versão

DSM - V– Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders 5th Edition

TM – Transtorno Mental

AQ-27 – Questionário de Atribuições de Corrigan

MS – Ministério da Saúde

APA – Associação Americana de Psiquiatria

ICPE – Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica da Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1. REVISÃO DE LITERATURA.....	1
REFERÊNCIAS.....	7
2. ARTIGO ORIGINA	10
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	10
FOLHA DE ROSTO	18
RESUMO.....	19
ABSTRACT.....	20
INTRODUÇÃO.....	21
MÉTODOS.....	23
RESULTADOS.....	25
DISCUSSÃO.....	27
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
TABELAS.....	33
ANEXOS	
ANEXO I - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido	36
ANEXO II – Parte I - Questionário sociodemográfico	38
ANEXO III – Parte II - Questionário AQ-27.....	39
ANEXO IV – Consentimento para usar a versão portuguesa do AQ-27.....	41

1. REVISÃO DA LITERATURA

Em todo o mundo devido ao crescente número de pessoas com transtornos mentais tem sido observado um aumento significativo de estudos relacionados à saúde mental e comportamento. A Organização Mundial de Saúde define saúde como: “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”, e não apenas a ausência de doença (OMS, 2001). Ainda de acordo com a OMS a saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países (OMS, 2001). É a partir da saúde mental que o indivíduo realiza o seu potencial intelectual e emocional bem como se torna capaz de cooperar socialmente (BENTO, 2014).

Segundo o DSM-V o transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes, além do prejuízo ou dano que pode causar a outras pessoas. As causas desse estado patológico envolvem desde alterações na integridade do sistema nervoso central por um agressor, resultando em alterações fisiopatológicas, como também por vivências psicológicas e sociais adversas (APA, 2013).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (CID-10), os transtornos mentais e comportamentais são classificados como uma alteração do pensamento e das emoções produzida por inadequação ou deterioração do funcionamento psicossocial em dependência de fatores biológicos, psicológicos e sociais. (OMS, 1993)

Os problemas de saúde mental acarretam grande sofrimento e das dez doenças mais incapacitantes em todo mundo, cinco são de origem psiquiátrica o que representa um problema de saúde pública expressivo. Além disso, geram alto custo social e econômico, atingem pessoas de todas as idades, gênero e classe social.

De acordo com a OMS no Relatório sobre doença no mundo, 2001, estimou que cerca de 450 milhões de pessoas sofram de TM, ou então de problemas psicossociais como os relacionados com o abuso de álcool e drogas. Ainda segundo a OMS a depressão grave foi a

principal causa de incapacidade em todo o mundo e ocupa o quarto lugar da carga patológica mundial, com projeções para que nos próximos 20 anos a depressão ocupe o segundo lugar. Um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se (OMS, 2001).

Embora a taxa de incidência de TM corresponda a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, pouco se investe no tratamento de pacientes com esses transtornos e na maioria dos países representam menos de 1% dos gastos totais em saúde. Não obstante, mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30 % não tem programas direcionados para essa área. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001)

Pesquisas para estimar a prevalência e a incidência dos Transtornos Mentais no Brasil ainda não são representativas (SANTOS E MARLUCE, 2010). Estudo realizado pelo ICPE (Consortio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica da OMS) aponta uma maior prevalência de TM na população brasileira adulta de 15-49 anos dentre os países da América Latina. No Brasil a maioria das pessoas com TM enfrentam diversos problemas no acesso ao atendimento psiquiátrico dentre eles o estigma. Dados do Ministério da Saúde revelam que aproximadamente 12% da população brasileira necessitam de algum atendimento psiquiátrico, seja ele contínuo ou eventual, 6% apresentam transtornos psiquiátricos por uso de álcool e outras drogas, que cerca de 3% sofrem de transtorno mental grave e persistente (BRASIL, 2007).

As doenças neuropsiquiátricas representam 28 % dos anos vividos com incapacidade no mundo, no Brasil representa 22% destes. A porcentagem de pacientes com transtorno de humor que se estima não ter acesso a tratamento devido à falta de conhecimento sobre a doença, despreparo dos cuidadores, por conta do estigma e a falta de um serviço de qualidade no Brasil é de aproximadamente 50 % e a de pacientes com psicoses não orgânicas é de 58%, sendo considerada uma das mais altas do mundo (MARY; JORGE; KOHN, 2007).

A definição atual de estigma, por sua vez, consiste numa severa desaprovação social devido a crenças ou características individuais presentes e contrárias às normas, sejam elas econômicas, políticas, culturais ou sociais (CORBIÈRE et al., 2012). Estigma público ou social pode ser definido como presença de idéias, crenças e atitudes negativas da sociedade em relação à pessoa estigmatizada (HIRATA, 2015). Já Goffman (1963) definiu estigma como sendo a identificação que um grupo social faz de uma pessoa ou grupo de pessoas a

partir de determinado problema físico, comportamental ou social, sendo entendido como diferente ou negativo (GOFFMAN, 1963 APUD BENTO, 2014). O dicionário online da língua portuguesa Aurélio definiu a palavra estigma como marca, cicatriz perdurável, marca infamante feita com ferrete, nota de infâmia. (FERREIRA, 1999). De acordo com Bento (2014), estigma é o atributo ou a característica, ação ou comportamento, visíveis ou invisíveis, que permitem caracterizar o sujeito negativamente, inserindo-o automaticamente numa categoria social, sendo esta excluída à parte, tornando-se sinônimo de descrédito e desaprovação. (BENTO; 2014)

Em seu estudo Link e Phelan (2001) observaram que o conceito de estigma tem sido amplamente criticado devido ao enfoque individualista, por isso definiram estigma como a co-ocorrência de seus componentes como rotulagem, estereótipos, separação, perda de status, e a discriminação e ainda indicam que para a estigmatização ocorrer, o poder deve ser exercido (LINK E PHELAN, 2001). O estigma envolve as seguintes dimensões: estereótipo, preconceito e discriminação. O estereótipo relaciona-se a processos cognitivos alterados, os quais produzem conceitos errôneos resultantes da desinformação sobre determinado grupo ou situação. O preconceito advém do estereótipo, uma vez que é um estado emocional manifestado a partir de opiniões previamente estabelecidas e sem o conhecimento adequado. A discriminação é consequência do preconceito, é um comportamento de distanciamento do objeto estigmatizado. (HIRATA; 2015).

Nas suas várias formas, o estigma leva também a discriminação da pessoa por ela própria, o que se chama de autoestigma. O estigmatizado pode vivenciar o estigma reduzindo sua autoestima o que, conseqüentemente, leva a uma atitude de isolamento social e sentimentos de alienação (KOSCHORKE ET AL, 2014) (RITSHER et al; 2003). O autoestigma conduz os portadores de transtornos mentais e seus familiares a adotarem atitudes de auto-aversão e auto culpa, resultando em uma sensação de desamparo e desesperança (CORBIÈRE et al; 2012). Uma estratégia dos portadores de transtornos mentais é tentar esconder a sua doença, por esperar ser tratados de forma discriminatória (discriminação antecipada). (KOSCHORKE et al; 2014). O estigma da doença mental gera uma carga de sofrimento na pessoa estigmatizada muitas vezes mais pesada e angustiante do que o próprio transtorno do qual são portadores (TORNICROFT, 2007). Podem surgir sentimentos de raiva, tristeza e desencorajamento e como consequência o agravamento e a associação de outras doenças

mentais, contribuindo para a redução da auto-ajuda por parte do próprio doente (LINK E PHELAN, 2001).

Do ponto de vista da pessoa com doença mental, vivenciar o estigma e a discriminação pode aumentar os níveis de estresse e angústia o que leva a uma diminuição do funcionamento psicossocial (BARBOSA, 2010). A literatura atual revela que o estigma dirigido à doença mental determina várias conseqüências negativas para o portador de transtorno mental. Como efeitos externos do estigma, encontram-se as dificuldades de acesso à moradia, educação, emprego, entre outras oportunidades a que todos os cidadãos deveriam ter acesso (QUEIROZ, 2013).

O impacto do estigma na vida dos portadores de TM pode ser devastador. O estigma desempenha papel negativo para os estigmatizados interferindo na interação social e familiar tornando-se um problema de saúde pública.

O estigma da doença mental é um tema que vem sendo pesquisado de forma crescente em países como Portugal, Brasil e Estados Unidos. Goffman foi pioneiro no estudo do estigma, seguido por Corrigan que estudaram diversos grupos sociais estigmatizados como as prostitutas, presidiários, deficientes físicos e doentes mentais considerados anormais por boa parcela da sociedade e que enfrentavam o preconceito e discriminação pela condição social em que se encontram (BENTO, 2014).

A experiência do estigma ocorre devido a conhecimentos insuficientes e/ou inadequados que determinam atitudes preconceituosas e discriminatórias. Os estereótipos mais associados com discriminação e preconceito contra os portadores de TM são considerar os portadores como perigosos, agressivos, violentos, que não tem controle sobre seus comportamentos, que não são responsáveis por seus atos, além de perceberem esses transtornos como crônicos, de difícil tratamento e de pobre prognóstico (CORRIGAN ET AL; 2001).

Por outro lado, o estigma associado a TM consiste numa das principais barreiras para que os portadores procurem serviços especializados e para que dêem continuidade ao tratamento (CORRIGAN, 2004 APUD BENTO, 2014). Em estudo realizado por Bento (2014) concluiu-se que a grande maioria dos investigadores, verificou que o estigma associado à doença mental constituiu o maior empecilho para a procura de tratamento por esses pacientes, o que contribuía para o seu sofrimento mental e conseqüentemente afastamento social, conduzindo a um reforço ao próprio transtorno mental (BENTO, 2014).

Atitudes estigmatizantes perante o portador de transtornos mentais se perpetuam na população geral devido à falta de conhecimento e informação. Os profissionais da saúde partilham de atitudes estigmatizantes comuns à população em geral, interferindo no cuidado do paciente com transtorno mental. De acordo com Hirata (2015) o estigma em relação aos transtornos mentais é uma das principais causas de subdiagnósticos e subtratamento (HIRATA, 2015).

Como vimos anteriormente, o estigma propicia a exclusão social e discriminação de pessoas que são afetadas direta ou indiretamente pela doença mental, assumindo-se como uma enorme barreira para a qualidade de vida das pessoas com doença mental e dos seus familiares, por vezes, até mais importante do que a própria doença (WHO, 2003 APUD BARBOSA, 2010).

O estigma encontrou-se também presente nos ambientes voltados aos cuidados em saúde. Os profissionais da enfermagem estão diretamente ligados ao processo de cuidado com o paciente com transtornos mentais e para isso é de extrema importância que estes tenham conceitos claros sobre a doença de forma que reduza o estigma que ele traz de seu meio sociocultural. Devido a importância e complexidade do tema, pesquisas sobre estigma em estudantes de enfermagem tem aumentado no campo de ensino em saúde.

Alguns estudos analisaram o impacto do ensino de saúde mental no estigma dos transtornos mentais em estudantes da saúde. Um deles foi realizado com estudantes de enfermagem antes e após a disciplina de ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, por meio do questionário padronizado AQ-27 que avalia crenças e atitudes perante os doentes mentais e a doença mental, como estereótipos da periculosidade e incurabilidade da mesma, responsabilidade do portador quanto ao seu próprio adoecimento, restrição social e coação dos cuidadores. Foi constatado efeito relevante do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, pois foi verificado que os alunos adotaram uma atitude mais positiva em relação às crenças e atitudes diante de tais enfermidades com significância estatística (GIL IMA, 2010).

Outro estudo que também avaliou o estigma de estudantes da área da saúde de diversos cursos através do questionário padronizado AQ-27 foi realizado por Barbosa que comparou os componentes e a evolução do estigma de iniciantes e concludentes. Os estudantes de Medicina e Psicologia apresentaram maior estigma referente à pena, coação, periculosidade, evitamento, medo, segregação e irritação do que os estudantes de Enfermagem e estes últimos

têm o estigma mais evidentemente reduzido ao longo do curso do que o estudante de Psicologia e Medicina (BARBOSA T. et al, 2010).

Estudo realizado no Paquistão para avaliar a atitude de estudantes universitários e professores face doente mentais revelou atitudes negativas de professores e estudantes em relação à pacientes com esquizofrenia, depressão e distúrbios de drogas e álcool. (JAVED Z, et al; 2006).

Estudo realizado com estudantes de enfermagem de uma faculdade privada de Mato Grosso do Sul, que avaliou as atitudes frente aos alcoolistas, revelou predomínio de atitudes negativas em relação ao alcoolista e na satisfação e motivação em trabalhar com alcoolistas. (MACIEL, 2011).

Pedrão et al (2003) realizou um estudo onde comparou as atitudes de ingressantes e concludentes de enfermagem frente a doença mental, demonstrou que os alunos iniciantes traziam mais estereótipos e preconceitos que os concludentes, como o autoritarismo com relação à doença o que poderia influenciar na conduta com os pacientes na sua carreira profissional caso esses aspectos não fossem trabalhados fortemente ao longo do curso. (PEDRÃO ET AL, 2003).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

Barbosa T R S. Estigma face à doença mental por parte de futuros profissionais de saúde mental. Porto, Portugal; 2010. Mestrado [Dissertação] - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

BENTO, Mariana Figueiredo Silva. O estigma da doença mental e os meios de comunicação social. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental em Dados. Ano II, n. 4, agosto de 2007.

CORBIÈRE, M. et al. Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. **The Scientific World Journal**, v. 2012, p. 1–10, 2012.

Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *A Psychol*. 2004;59(7):614-25.

Corrigan PW, Edwards a B, Green a, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull*. 2001;27(2):219–25.

Corrigan, Patrick W., Benjamin G. Druss, and Deborah A. Perlick. "The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care." *Psychological Science in the Public Interest* 15.2 (2014): 37-70.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Eletrônico Aurélio Século XXI. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira e Lexikon Informática, 1999. Versão 3.0. 1 CD-ROM

GIL, Isabel Maria de Assunção - Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Coimbra: [s.n.], 2010

Goffman E. 1963, Stigma- Notes on the Management of Spoiled Identity. Penguin Books, London, England.

HIRATA, E. S. Estigma e depressão. **RBM**, p. 19–30, 2015.

KOSCHORKE, Mirja et al. Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India. **Social Science & Medicine**, v. 123, p. 149-159, 2014.

JAVED Z, et al. J Med Ayub Coll Abbottabad. 2006 Jul-setembro, 18 (3): 55-8

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo C. Conceptualizing stigma. **Annual review of Sociology**, p. 363-385, 2001.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. **Atitudes dos estudantes de enfermagem frente aos alcoolistas: validação do short alcohol and alcohol problems perception questionnaire**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2011.

MARI, J.; JORGE, M.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**, p. 119–41, 2007.

Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. OMS; 2001.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de TM e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

PEDRÃO, L.; AVANCI, R.; MALAGUTI, S.; AGUILERA, A. **Atitudes Frente à Doença Mental: Estudo Comparativo entre Ingressantes e Formandos em Enfermagem, Medicina, Ribeirão Preto**, 36, 37–44, 2003.

QUEIROZ, Maria Inês Marques Araújo Carregal. **Percepção dos alunos de medicina face à doença mental: estudo exploratório sobre diferenças de gênero**. 2013. Tese de Doutorado

RITSHER, Jennifer Boyd; OTILINGAM, Poorni G.; GRAJALES, Monica. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. **Psychiatry research**, v. 121, n. 1, p. 31-49, 2003.

Santos, Élem Guimarães dos, and Marluce Miguel de Siqueira. "Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009." *J. bras. psiquiatr* 59.3 (2010): 238-246.

THORNICROFT, G.; Rose, D.; Kassam, A.; Sartorius, N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*. Londres. 2007.

Villano LAB, Gnanhay AL. Depressão: Epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2011; 10(2): 10-20

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM

POLÍTICA EDITORIAL

A REBEn é publicada na versão impressa e eletrônica. Tem como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da saúde. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Para manuscritos aceitos para publicação redigidos em português, será solicitada a tradução da versão final para o inglês, que será disponibilizada na versão eletrônica. Além de seis fascículos regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da revista, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação impresso ou eletrônico sem a autorização prévia do (a) Editor (a) Científico (a) da Revista.

A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados por estas duas organizações. O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

DECLARAÇÃO SOBRE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

Para a publicação, a REBEn considera condição sine qua non que os manuscritos a ela submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e/ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012, o(s) autor(es) deve(m) mencionar no manuscrito, a aprovação do projeto

por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no manuscrito os procedimentos adotados para obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos pelos participantes da pesquisa.

Nos trabalhos de pesquisa experimental envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do § 1º do Art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; e as normas estabelecidas no Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos), de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, disponível em: <www.cobea.org.br>), de 1991. O(s) autor(es) devem mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), credenciada pelo Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA), órgão integrante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

A REBEn apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>. Do mesmo modo, apoia os padrões internacionais para publicação de pesquisa responsável, desenvolvidos pelo COPE (Committee on Publication Ethics) e destinados a editores e autores (disponíveis em: <<http://publicationethics.org/international-standards-editors-and-authors>>). Conceitos, ideias ou opiniões emitidas nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

CATEGORIA DE MANUSCRITOS

Editorial – Texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento veiculada a um determinado fascículo, com possível repercussão Enfermagem e Saúde. Pode conter até duas (2) páginas, incluindo até duas referências, quando houver.

Pesquisa – Estudo original e inédito, que contribui para agregar informação nova ou para corroborar o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da Enfermagem e Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de quinze (15) páginas, incluindo resumos e no máximo 30 referências.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de vinte (20) páginas, incluindo resumos e no máximo 40 referências.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de dez (10) páginas, incluindo resumos e no máximo 10 referências.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de dez (10) páginas, incluindo resumos e no máximo 10 referências.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda:

Autor convidado – Manuscrito elaborado por autor convidado. Deve conter no máximo 15 páginas, incluindo resumos de até 30 referências;

Resenha - de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn, deve conter no máximo 2 páginas, incluindo 2 referências, se houver.

Carta ao Editor – máximo 1 página.

Resposta do Autor – máximo 250 palavras.

PREPARO DE MANUSCRITOS

Aspectos Gerais

A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical

Journal Editors – ICMJE), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo Vancouver, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à REBEn deverão ser preparados da seguinte forma: salvo em arquivo do Microsoft® Office Word, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre as linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm;

As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até as Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo.

Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda. No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, o mesmo procedimento deve ser adotado.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5)]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado (1-5)]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos.

As ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida do número de

ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada, legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos — Apresentação).

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>>.

O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

Os artigos de Pesquisa e de Revisão devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

Independentemente da categoria, os manuscritos devem incluir:

a) Documento com página de identificação (Title page)

É um documento que deve conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (máximo de 12 palavras) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência.

b) Documento principal

O documento principal, sem identificação dos autores, deve conter:

1) Título do artigo: no máximo de 12 palavras, em português.

2) Resumo e os descritores: resumo limitado a 150 palavras. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. O resumo deverá estar estruturado em Objetivo, Método, Resultados e Conclusão (ou Considerações Finais). Logo abaixo do resumo incluir, respectivamente, três descritores, três palavras chave do DeCS <<http://decs.bvs.br>> e três keywords do MeSH <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>>. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, o resumo em português deverá ser traduzido para a versão em inglês (Abstract) e

espanhol (Resumen). A estrutura em inglês deve ser: Objective, Method, Results, Conclusion (ou Final Considerations). Em espanhol: Introducción, Método, Resultados e Conclusión (ou Consideraciones Finales).

3) Corpo do texto: Consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito, além das referências.

4) Fomento e Agradecimentos: antes da lista de referências, é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Opcionalmente, devem ser colocados agradecimentos às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores.

5) Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito.

As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo Vancouver. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (U.S. National Library of Medicine – NLM), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos.

Recomenda-se evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: Handbook Cochrane).

Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente.

Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos a REBEn por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link Submissão Online.

Antes de submeter o manuscrito os autores devem verificar as normas da REBEn. O preenchimento completo dos metadados na submissão é obrigatório. O autor responsável pela submissão deve ter à mão toda a documentação necessária: página de título; documento principal, Declaração de ciência dos autores sobre as instruções de publicação da REBEn (Modelo de Declaração de Ciência de Instruções); carta ao editor; comprovante de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética; comprovante de pagamento de taxa de submissão e Declaração de responsabilidade pela autoria, exclusividade

de envio do manuscrito à REBEn, transferência de Direitos Autorais e ausência de conflito de interesses (Modelo de Declaração de Autoria).

Um check list para auxiliar os autores está disponível na versão impressa e online. Para iniciar o processo, o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código numérico (Exemplo: 000001). O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um login, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, os editores avaliam o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores escolhidos entre os DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings); e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (peer review), adotando-se a avaliação duplo-cega (double blind review), com que se busca garantir o anonimato dos autores e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito aceito, rejeitado ou, ainda, querequer revisões, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelas Editoras-Chefes, e um parecer final é enviado para os autores.

Taxas de Publicação

Ao submeter um manuscrito para publicação na REBEn, é necessário realizar o pagamento de TAXA DE SUBMISSÃO, no valor de R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais). Em caso de o artigo ser aceito, é obrigatório o pagamento da TAXA DE EDITORAÇÃO, no valor de R\$ 1.100,00 (um mil e cem reais).

Essas taxas deverão ser pagas por meio de depósito bancário identificado, em nome da Associação Brasileira de Enfermagem, CNPJ 33.989.468-0001-00, no Banco do Brasil, Agência: 3475-4, Conta Corrente: 220.482-7. O depósito bancário identificado solicita um

código identificador que, no caso de pessoa física, corresponde ao CPF e, no caso de pessoa jurídica, ao CNPJ da instituição pagadora.

Para depósito internacional, o usuário deverá usar o código SWIFT – BRASBRRJBSA e IBAN (International Bank Account Number) - BR4800000000034750002204827C1 – Banco do Brasil – em nome da Associação Brasileira de Enfermagem. O comprovante de pagamento da TAXA DE SUBMISSÃO deve ser inserido no sistema, no momento da submissão do manuscrito, como Documento Suplementar. No processo inicial de checagem inicial da documentação submetida, serão arquivados automaticamente manuscritos que não estiverem acompanhados da comprovação do pagamento da TAXA DE SUBMISSÃO. Ao ser efetivada a submissão e verificada a conformidade do manuscrito às normas de publicação, prossegue-se o processo de editoração. Finalizado o processo de avaliação, não se devolve a taxa de submissão caso o manuscrito não seja aceito para publicação.

O comprovante de pagamento da TAXA DE EDITORAÇÃO deverá ser encaminhado ao e-mail reben@abennacional.org.br, no prazo máximo de sete dias após o recebimento da confirmação de que o artigo foi aceito para publicação. O não cumprimento dessa condição sujeita o artigo ao arquivamento em definitivo.

ARTIGO ORIGINAL

FOLHA DE ROSTO ARTIGO ORIGINAL

Título:

Estigma face ao transtorno mental em calouros e concludentes de Enfermagem da UFS

Stigma against the mental disorder from freshmen and Nursing graduates from UFS

El estigma de la enfermedad mental en los estudiantes de enfermería de la UFS

Marckssuely Cassia da Silva Melo¹

Helena Pinho de Sá²

¹ Graduanda de medicina da Universidade Federal de Sergipe, email: marckssuely@gmail.com;

² Médica Psiquiatra, mestrado em Medicina em Saúde Mental, Professora adjunta na Universidade Federal de Sergipe; e-mail: helenapinhodesa@gmail.com

RESUMO DO ARTIGO ORIGINAL

Estigma face ao transtorno mental em calouros e concludentes de Enfermagem da UFS

Objetivos: Avaliar o estigma nos alunos iniciantes e concludentes de Enfermagem da UFS em relação ao gênero, contato com portador de transtorno mental (TM) e quem foi esse contato. **Método:** Estudo transversal com aplicação dos questionários sóciodemográfico e o AQ-27 para avaliação do estigma face a esses transtornos nos 105 estudantes. Foram consideradas significativas as diferenças com valores de $p < 0.05$. **Resultados:** As dimensões do AQ-27 comparadas entre os grupos revelaram maior média de “segregação” ($p=0,03$) entre os iniciantes com significância estatística. O gênero feminino esteve associado à maior média de “ajuda” ($p=0,006$), “pena” ($p=0,001$), “medo” ($p=0,03$), “periculosidade” ($p=0,04$) e “irritação” ($p=0,01$), e o sexo masculino “evitamento” ($p=0,03$) com significância estatística. As médias de “pena” ($p=0,008$) e “ajuda” ($p=0,01$) foram maiores naqueles que tiveram contato com portador de TM com significância estatística. Já em relação à caracterização de “quem” foi o contato, não houve significância estatística. **Conclusão:** A possibilidade de maior conhecimento sobre os transtornos mentais, o gênero feminino e o aumento do contato com portadores de TM foram associados com menor carga de estigma face aos transtornos mentais, em consonância com a literatura e evidenciando a importância das disciplinas de saúde mental na graduação.

Palavras-chave: Estigma; ensino em saúde; transtorno mental.

ABSTRACT

Stigma against the mental disorder from freshmen and Nursing graduates from UFS

Objectives: Assess stigma in the freshmen students and UFS Nursing graduates in relation to gender, contact with mental disorders (MD) patients and who was the contact. Methods: Cross-sectional study with application of sociodemographic questionnaire and the AQ-27 to evaluate the stigma against these disorders in 105 students. Differences were considered significant with p values <0.05 . Results: AQ-27 dimensions compared between groups showed higher mean "segregation" ($p = 0.03$) among freshmen and graduates with statistical significance. Female gender was associated with higher mean "help" ($p = 0.006$), "worth" ($p = 0.001$), "fear" ($p = 0.03$), "dangerousness" ($p = 0.04$) and "irritation" ($p = 0.01$), and the male "avoidance" ($p = 0.03$) with statistical significance. The average "worth" ($p = 0.008$) and "help" ($p = 0.01$) were higher in those who had contact with MD with statistical significance. In relation to the characterization of "who" was contact, there was no difference between groups with statistical significance. Conclusion: The possibility of knowledge about mental disorders female gender and increased contact with TM patients were associated with less stigma load face to mental disorders, in line with the literature and highlighting the importance of mental health disciplines in graduation.

Keywords: Stigma; health education; mental disorder.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais (TM) afetam cerca de 450 milhões de pessoas no mundo¹. As doenças mentais acarretam grande sofrimento e das dez doenças mais incapacitantes, cinco são de origem psiquiátricas, gerando alto custo social e econômico, atingem pessoas de todas as idades, sexo e classe social, tornando-se um importante problema de saúde pública, preocupando autoridades de saúde em todo o globo¹.

Os transtornos mentais e comportamentais são classificados como uma alteração do pensamento e das emoções produzidas por inadequação ou deterioração do funcionamento psicossocial em dependência de fatores biológicos, psicológicos e sociais². Estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidades significativas que afetam atividades sociais como a interação com familiares e na comunidade, profissionais como oportunidades de emprego e salário, além do dano ou prejuízo que podem causar a própria vida e a de outras pessoas^{3 4}.

O estigma é definido por Goffman (1963) como sendo a identificação que um grupo social faz de uma pessoa ou grupo de pessoas a partir de um determinado problema físico, comportamental ou social, sendo entendido como negativo⁵. O estigma envolve as seguintes dimensões: estereótipo, preconceito e discriminação. O *estereótipo* relaciona-se a processos cognitivos alterados, os quais produzem conceitos errôneos resultantes da desinformação, do desconhecimento sobre determinado grupo ou situação. O *preconceito* advém do estereótipo, uma vez que é um estado emocional manifestado a partir de opiniões previamente estabelecidas e sem o conhecimento adequado. A *discriminação* é consequência do preconceito, é um comportamento de distanciamento do objeto estigmatizado⁶. O estigmatizado pode vivenciar o estigma, que se refere ao autoestigma, esse processo leva a perda da autoestima e conseqüentemente a atitudes de isolamento social e sentimentos de alienação⁷.

Os portadores de TM são especialmente vulneráveis a situações de discriminação, estigma e exclusão social com conseqüências devastadoras para o processo de auto-ajuda, na qualidade de vida, na acessibilidade aos cuidados de saúde e na integração social e familiar¹. No Brasil grande parcela dos portadores de TM enfrentam diversos problemas no acesso ao atendimento psiquiátrico dentre eles o estigma.

O estigma associado à doença mental constitui a maior barreira na procura por tratamento⁸. A estigmatização dos portadores de TM leva a uma baixa autoestima, menor ajustamento social e qualidade de vida⁹. O estigma face aos TM é uma das principais causas de subdiagnósticos e subtratamento¹⁰.

O estigma encontra-se também presente nos ambientes voltados aos cuidados em saúde. Os profissionais de enfermagem estão diretamente ligados no processo de cuidado do paciente com TM, é de extrema importância que esses profissionais tenham atitudes positivas frente aos transtornos mentais, essas atitudes são resultado de um processo de aprendizagem e amplamente influenciadas pelas experiências individuais e pelo contexto social¹¹. Devido a importância e complexidade do tema, pesquisas sobre estigma desses estudantes tem aumentado no campo de ensino em saúde.

Alguns estudos analisaram o impacto do ensino de saúde mental no estigma dos TM nesses estudantes, um deles utilizou o questionário padronizado AQ-27 que avalia crenças e atitudes perante os doentes mentais e o transtorno mental, como estereótipos da periculosidade e incurabilidade da mesma, responsabilidade do portador quanto ao seu próprio adoecimento, restrição social e coação dos cuidadores. Nessa investigação foi constatado efeito relevante do ensino, pois os alunos adotaram atitudes mais positivas frente aos portadores de TM e menor carga de estigma em relação à população em geral¹². Outro estudo comparou as atitudes de ingressantes e concludentes de enfermagem frente à doença mental, demonstrou que os alunos iniciantes traziam mais estereótipos e preconceitos que os concludentes, provavelmente advindos da população geral, o que poderia influenciar na conduta com os pacientes na sua carreira profissional caso esses aspectos não fossem trabalhados fortemente ao longo do curso¹³.

O combate do estigma face às doenças mentais é essencial e benéfico principalmente na adesão ao tratamento dos TM, sendo necessária uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação de profissionais e trabalhadores em saúde, familiares e a população em geral, através de campanhas educativas para informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto dos transtornos mentais, objetivando atitudes positivas e diminuição do estigma¹.

Os estudantes de Enfermagem serão futuros cuidadores de pacientes com transtornos mentais, por isso a investigação desse estigma nos acadêmicos se faz necessária para melhor compreensão e enfrentamento do estigma que sofrem os portadores de TM.

METODOLOGIA

O objetivo principal desse trabalho é comparar o estigma nos alunos do primeiro ano com os concludentes de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS), campus de São Cristóvão através do questionário de atribuição AQ-27. Secundariamente, objetivou-se avaliar a relação do gênero, do contato com portador de transtorno mental e quem foi esse contato desses alunos com seu estigma por meio do mesmo questionário.

Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo-analítico. Foi elaborado segundo a Declaração de Helsinque (1964) e a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo aos participantes além da confidencialidade das informações, o direito de não aceitarem participar da pesquisa ou de retirarem sua permissão a qualquer momento, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinado pelos voluntários (ANEXO A).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Instituição e aprovado de acordo com a CAAE 30545514.1.0000.5546. Todos os procedimentos éticos propostos e aprovados foram rigorosamente seguidos pela equipe de pesquisa. Vale ressaltar que os procedimentos de coleta de dados envolvem riscos mínimos.

A amostra foi não probabilística e voluntária constituída por 105 estudantes do curso de Enfermagem, sendo 50 alunos iniciantes e 55 concludentes.

Dois questionários foram utilizados como estratégia para coletar os dados. O primeiro foi o questionário sócio demográfico elaborado pelos autores do trabalho (ANEXO B) que incluiu questões como idade, sexo, período em que frequentava, curso, se já cursaram as matérias Psicologia Geral e Enfermagem Psiquiátrica (disciplinas de Enfermagem). Além disso, esse questionário levantou dados como: contato com algum portador de transtorno mental diagnosticado e a sua familiaridade com ele, ou seja, se era o próprio estudante, familiar ou amigo, ou outros.

Os critérios de inclusão foram: estar devidamente matriculados no curso citado e, para aqueles que estivessem cursando matérias de vários períodos, foram considerados apenas os que cursassem mais matérias do período pesquisado.

O segundo questionário é o Questionário de Atribuição-AQ 27 (ANEXO C), elaborado por Corrigan (2003) para avaliar estigma em transtorno mental, traduzido e revalidado para o

português por Sousa et al. (2008), a qual autorizou a utilização do mesmo (ANEXO D). O AQ-27 avalia o estigma através de nove dimensões: “responsabilidade” (pessoas com doença mental podem controlar os seus sintomas e são responsáveis por ter a doença), “pena” (pessoas com doença mental são prejudicadas pela doença mental e por isso carecem de preocupação e pena), “ajuda” (necessitam de assistência), “coação” (seus portadores têm que participar da gestão do seu tratamento), “irritação” (pessoas com doenças mentais são culpadas por ter a doença e provocam indignação e raiva), “periculosidade” (não são seguros), “medo” (são perigosos), “segregação” (devem ser enviados para instituições localizadas longe da comunidade) e “evitamento” (pacientes com doença mental não devem viver em comunidade).

Esse instrumento é constituído por uma vinheta com a descrição de um caso de um portador de um transtorno mental que apresenta sinais e sintomas moderados e compatíveis com esquizofrenia seguida de 27 questões sobre o comportamento do aluno diante de tal caso. As opções de resposta são graduadas por uma escala de Likert que varia de 1 a 9, em que o 1 corresponde à “nada” e o 9 equivale a “muito” e três delas correspondem a uma dimensão de estigma comentada acima. A soma de três questões de cada dimensão foi então dividida por três e correspondeu à pontuação média da dimensão de estigma para os fatores: grupos de alunos (iniciantes e concludentes), gênero, contato com transtorno mental e o grau de contato.

Os dados contínuos com distribuição normal com duas variáveis foram analisados por meio do teste *t* de Student e com três variáveis, a ANOVA, 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, quando sem distribuição normal, foi utilizado o Teste Exato de Fisher. Foram consideradas significativas as diferenças com valores de $p < 0.05$.

RESULTADOS

A amostra final foi constituída por 105 alunos do curso de enfermagem, sendo o grupo de iniciantes composto de 50 acadêmicos e o grupo de concludentes composto por 55 acadêmicos. As idades dos sujeitos variaram 18 a 49 anos, sendo a média de idade dos alunos iniciantes de 22,22 com desvio padrão (D.P.) \pm 6,87, já dos concludentes, foi de 26,44 \pm 5,09. A diferença da média de idade entre os grupos obteve significância estatística ($t_{(1,103)} = -3,59$; $p=0,001$). (TABELA 1)

Quanto ao gênero, verificou-se que os grupos de alunos não apresentaram diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 0,71$; $p=0,79$). Iniciantes apresentaram 12 indivíduos do sexo masculino (24%) e 38 do sexo feminino (76%). Os concludentes composto por 55 acadêmicos, 12 era do sexo masculino (21,8%) e 43 do sexo feminino (78,2%). (TABELA 1)

Referente ao contato com algum portador de transtorno mental houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2 = 7,14$; $p= 0, 008$) que foi maior nos alunos concludentes. Referente ao tipo de contato, não houve diferença com significância estatística entre os grupos (Teste Exato de Fisher= 4,15; $p= 0,08$) (TABELA 1).

As médias das dimensões do questionário AQ-27 foram comparadas entre os grupos “iniciantes” e “concludentes”. Elas diferiram com significância estatística para “segregação” ($F_{(1,104)} = 9,025$; $p=0,003$), sendo maior entre os alunos iniciantes. Nas demais dimensões as diferenças das médias não tiveram diferença com significância estatística (TABELA 2).

Ao comparar as médias das dimensões do AQ-27 entre o gênero verificou-se que o sexo feminino apresentou uma média estatisticamente maior que o masculino nas dimensões positivas “ajuda” ($t_{(1,103)} = -2,81$; $p= 0,006$; IC 95% de - 4,89 a 0,84) e “pena” ($t_{(1,103)} = - 3,39$; $p= 0,001$; IC 95% de - 6,47 a 1,69) e menor na dimensão negativa “evitamento” ($t_{(1,103)} = 2,12$; $p= 0,03$; IC 95% de 0,15 a 4,51). Por outro lado, o gênero feminino também apresentou maiores médias das dimensões negativas “irritação” ($t_{(1,103)} = -2,39$; $p= 0,01$ – 2,49 ; com IC 95% de - 4,55 a 0,42), “periculosidade” ($t_{(1,103)} = -2,04$; $p= 0,04$; com IC 95% de - 4,83 a 0,07) e “medo” ($t_{(1,103)} = -2,11$; $p= 0,03$; com IC 95% de - 4,98 a - 0,15) com diferença estatisticamente significativa. Nas demais dimensões as diferenças das médias em relação ao gênero não tiveram diferença com significância estatística (TABELA 3).

As dimensões do questionário AQ-27 também foram avaliadas quanto ao contato com pessoas portadoras de transtorno mentais. A diferença das médias de “pena” ($t_{(1,103)} = 2,70$; $p=$

0,008; IC 95% de 0,81 a 5,29) e “ajuda” ($t_{(1,103)} = 2,40$; $p = 0,01$; IC 95% de 0,39 a 4,16) foi significativa, sendo maior naqueles que tiveram contato. A diferença entre as médias nas demais dimensões não alcançou significância estatística (TABELA 4).

Em relação a quem foi o portador de transtorno mental que o aluno teve contato. Não houve diferença estatística entre as médias de “eu”, “familiar/amigo” e “outros” em todas as dimensões (TABELA 5).

DISCUSSÃO

Nosso estudo avaliou o estigma entre estudantes iniciantes e concludentes do curso de Enfermagem. Após análise dos dados, observou-se que a amostra era composta predominantemente por jovens, de alunos concludentes que eram mais velhos que, por sua vez, tiveram mais de contato com portadores transtornos mentais que os iniciantes. Os concludentes também apresentaram mais comportamentos positivos com portadores de TM em relação aos iniciantes conforme o AQ-27, pois apresentaram menor média de segregação que os iniciantes. Esse dado foi compatível com aqueles encontrados por Barbosa (2010)¹³ e Corrigan (2001)¹⁴ e nos leva a pensar que o conhecimento mais aprofundado sobre o assunto durante o curso contribui para comportamento positivo frente à pacientes com TM.

Esses resultados também são semelhantes aos observados no estudo de Moreira et al. (2011) que demonstrou que alunos do último ano revelavam um aumento da perspectiva positiva da doença mental e uma diminuição das crenças estigmatizantes e estereotipadas, demonstrando que as crenças podem ser modificadas ao longo do tempo. Para tal autor os componentes teoria e prática foram instrumentos determinantes¹⁶.

Em outro estudo (Pedrão et al., 2003) estudantes iniciantes do curso de enfermagem apresentaram mais estereótipos negativos e preconceitos que os concludentes e o autor ressalta a possível influência favorável da instrução acadêmica no lidar com os transtornos mentais dos alunos avaliados¹³.

No que se refere às correlações entre o sexo e as nove dimensões do AQ-27, constatou-se que as mulheres apresentaram menor pontuação na dimensão evitamento e maior na ajuda e pena o que demonstra respostas emocionais positivas relacionadas a atitudes de proximidade e assistência.

Além disso, o sexo feminino também apresentou maior pontuação nas dimensões negativas “irritação”, “periculosidade” e “medo” o que evidencia que as mulheres do presente estudo consideraram as pessoas com Transtornos Mentais como perigosas e sentiram-se mais inseguras em consonância com resultados encontrados na literatura¹⁴. No estudo de Corrigan e Watson (2007), por exemplo, verificou-se que as mulheres manifestavam menos atitudes negativas e comportamentos de discriminação do que os homens¹⁷.

Segundo o estudo de Oliveira et al (2012), observou-se comportamento menos estigmatizante nas mulheres e a adoção de visão mais benevolente de forma significativamente superior que a encontrada nos homens¹⁸. Segundo Barbosa (2010) atitudes positivas no sexo feminino pode ocorrer devido à influência do papel de cuidadora, socialmente atribuído e adquirido pela maioria das mulheres¹⁴. Esses dados sugerem que apesar das mulheres se sentirem intimidadas por achar os portadores de TM perigosos e quererem seu afastamento social, sentem pena e estão também mais predispostas a ajudá-los.

No que se refere ao contato com TM e as dimensões do AQ-27, o contato esteve associado a maiores valores para dimensões positivas “pena” e “ajuda” o que corrobora com os achados da literatura. Oliveira (2012) evidenciou que os estudantes que participaram nas sessões de educação e contato com portadores de TM apresentaram opiniões mais favoráveis face à doença mental, diminuindo as opiniões de que as pessoas com doença mental eram responsáveis pela sua doença, precisariam ser internadas e afastadas da sociedade¹⁸. Segundo o estudo realizado por Corrigan et al. (2001) o contato com Transtorno Mental proporcionou, conforme o AQ-27, mais ajuda e menos evitamento¹⁵. Resultados diversos ao atual foram obtidos nos estudos realizados por Loureiro (2008) e Gil (2010) em que o nível de contato com a doença mental não se revelou como fator positivo^{19 12}.

Nosso estudo também avaliou o grau de contato com portador de transtorno mental, especificando quem foi esse contato, a fim de perceber mais profundamente os efeitos da familiaridade. Não houve diferença estatística entre “eu”, “familiar/amigo” e “outros” em todas as dimensões estudadas. Apesar de não serem consideradas estatisticamente significativas, observamos que as dimensões “pena”, “irritação”, “periculosidade”, “responsabilidade”, “medo” e “segregação” obtiveram maiores médias quando o contato era “familiar ou amigo”, o que demonstra um maior comportamento negativo e estigmatizante quanto maior a familiaridade, “ajuda” e “coação” com valor elevado quando o contato era “outros”. No estudo de Moreira et al (2011) demonstrou que alunos que tinham algum familiar com doença mental, apresentaram valor mais elevado para a crença na doença como condição médica¹⁶. Holmes et al (1999) constatou em seu estudo que o maior contato com pessoas com transtornos mentais diminui padrões de estereótipos e atitudes negativas²⁰.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que os alunos concludentes apresentaram menor pontuação no AQ-27 no quesito “segregação” o que denota maior compreensão e aceitação desse aluno frente a esses transtornos após o melhor conhecimento adquirido com a disciplina.

O contato com portador de transtorno mental apresentou maior associação com “pena” e “ajuda”, evidenciando que o contato com portador de transtorno mental esteve associado à menor estigma e o tipo de contato, por sua vez, não foi associado com diferença na média das dimensões do AQ-27 entre os grupos de alunos.

Finalmente, o gênero não diferiu entre os grupos, revelando uma manutenção da proporção entre os gêneros entre os grupos de alunos. O gênero feminino, por sua vez, esteve associado à maior média da “ajuda” e “pena” e menor de “evitamento” em relação aos homens, mas também maiores médias de “irritação”, “periculosidade” e “medo”.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. OMS; 2001.
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação de TM e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
3. LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo C. Conceptualizing stigma. **Annual review of Sociology**, p. 363-385, 2001.
4. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
5. Goffman E. 1963, Stigma- Notes on the Management of Spoiled Identity. Penguin Books, London, England.
6. HIRATA, E. S. Estigma e depressão. **RBM**, p. 19–30, 2015.
7. KOSCHORKE, Mirja et al. Experiences of stigma and discrimination of people with schizophrenia in India. **Social Science & Medicine**, v. 123, p. 149-159, 2014.
8. BENTO, Mariana Figueiredo Silva. O estigma da doença mental e os meios de comunicação social. 2014.
9. BARKE, Antonia; NYARKO, Seth; KLECHA, Dorothee. The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 46, n. 11, p. 1191-1202, 2011.
10. HIRATA, E. S. Estigma e depressão. **RBM**, p. 19–30, 2015.
11. GIL, I., SANTOS, J., LOUREIRO, L.. Estigma em estudantes de enfermagem: antes e depois do contacto com pessoas com transtornos mentais [Stigma among nursing students before and after contact with people with mental disorders]. **Revista Enfermagem UERJ**, 24, jul. 2016.

12. GIL, Isabel Maria de Assunção - Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Coimbra: [s.n.], 2010
13. PEDRÃO, L.; AVANCI, R.; MALAGUTI, S.; AGUILERA, A. **Atitudes Frente à Doença Mental**: Estudo Comparativo entre Ingressantes e Formandos em Enfermagem, Medicina, Ribeirão Preto, 36, 37–44, 2003.
14. Barbosa T R S. Estigma face à doença mental por parte de futuros profissionais de saúde mental. Porto, Portugal; 2010. Mestrado [Dissertação] - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
15. Corrigan PW, Edwards a B, Green a, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull.* 2001;27(2):219–25.
16. Moreira, S e Coelho, R. Crenças e atitudes dos alunos de enfermagem acerca dos doentes e das doenças mentais. III Congresso SPESM. 2011; 48-55.
17. CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53, 2007.
18. OLIVEIRA, A.R.F.; AZEVEDO, S.M (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Port Med Geral Fam.Lisboa*, Agosto 2014.
19. Loureiro L, Dias C, Aragão R. Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. Portugal, Dezembro 2008.
20. Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, Canar J, Kubiak M a. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1999;25(3):447–56.

TABELAS

Tabela 1- Dados sociodemográficos e contato com transtorno mental entre os alunos Iniciantes e Concludente do curso de Enfermagem.

Variáveis		Iniciantes	Concludentes	p
Total		50 (47,6)	55 (52,4)	
Idade	Médias ± DP	22,22 ± 6,87	26,44 ± 5,09	0,001
Sexo n (%)	Masculino	12 (24)	12 (21,8)	0,79
	Feminino	38 (76)	43 (78,2)	
Contato n(%)				
	Sim	29 (58)	45 (81,8)	0,008
	Não	21 (42)	10 (18,2)	
Quem n(%)				
	Eu	0 (0)	2 (4,4)	0,08
	Familiar/Amigos	21 (72,4)	22 (48,9)	
	Outros	8 (27,6)	21 (46,7)	

χ^2 de Pearson; Teste Exato de Fisher.

Tabela 2– Relação das médias das dimensões do AQ-27 entre os alunos iniciantes e concludentes do curso de enfermagem.

Dimensões	Iniciantes	Concludentes	p
Responsabilidade	8,20 ± 4,11	7,96 ± 3,80	0,76
Pena	17,12 ± 5,82	15,27 ± 4,95	0,08
Irritação	10,24 ± 4,66	9,87 ± 4,54	0,68
Periculosidade	11,64 ± 5,51	10,69 ± 4,99	0,35
Medo	11,42 ± 5,89	9,75 ± 4,78	0,52
Ajuda	21,00 ± 4,62	21,73 ± 4,47	0,41
Coação	16,00 ± 3,86	16,42 ± 3,82	0,57
Segregação	9,66 ± 4,70	7,15 ± 3,86	0,003
Evitamento	12,24 ± 4,81	13,04 ± 4,82	0,40

Test “t” de Student.

Tabela 3 – Relação das médias das dimensões do AQ-27 entre o sexo.

Dimensões	Masculino	Feminino	p
Responsabilidade	8,38 ± 3,97	7,99 ± 3,94	0,67
Pena	13,00 ± 5,02	17,09 ± 5,23	0,001
Irritação	8,13 ± 4,58	10,62 ± 4,45	0,01
Periculosidade	9,25 ± 5,62	11,70 ± 5,02	0,04
Medo	8,08 ± 5,45	10,65 ± 5,17	0,03
Ajuda	19,17 ± 5,43	22,04 ± 4,04	0,006
Coação	16,38 ± 4,33	16,17 ± 3,70	0,82
Segregação	8,04 ± 4,76	8,43 ± 4,37	0,70
Evitamento	14,46 ± 5,80	12,12 ± 4,38	0,03

Test “t” de Student.

Tabela 4 - Relação das médias das dimensões do AQ-27 do contato com portador de TM.

Dimensões	Sim	Não	p
Responsabilidade	8,28 ± 4,04	7,58 ± 3,66	0,40
Pena	17,05 ± 5,05	14,00 ± 5,79	0,008
Irritação	10,05 ± 4,67	10,03 ± 4,44	0,98
Periculosidade	10,89 ± 5,21	11,74 ± 5,34	0,45
Medo	9,89 ± 5,11	10,48 ± 5,85	0,60
Ajuda	22,05 ± 4,09	19,77 ± 5,16	0,01
Coação	16,46 ± 3,83	15,65 ± 3,83	0,32
Segregação	7,89 ± 4,24	9,42 ± 4,79	0,10
Evitamento	13,01 ± 5,01	11,81 ± 4,25	0,24

Test “t” de Student.

Tabela 5– Relação das médias das dimensões do AQ-27 com o tipo de contato

Dimensões	Eu	Familiar ou Amigo	Outros	p
Responsabilidade	7,50 ± 3,53	8,35 ± 4,33	8,24 ± 3,75	0,95
Pena	12,50 ± 0,70	17,86 ± 5,38	16,17 ± 4,46	0,16
Irritação	4,00 ± 0,00	10,74 ± 4,80	9,45 ± 4,30	0,09
Periculosidade	8,50 ± 3,53	11,12 ± 5,85	10,72 ± 4,30	0,77
Medo	7,00 ± 1,41	10,07 ± 5,39	9,83 ± 4,89	0,71
Ajuda	16,00 ± 7,07	21,93 ± 3,93	22,66 ± 3,97	0,007
Coação	15,50 ± 3,53	16,12 ± 4,17	17,03 ± 3,34	0,57
Segregação	5,00 ± 0,00	8,37 ± 4,66	7,38 ± 3,62	0,39
Evitamento	15,00 ± 7,07	13,56 ± 4,97	12,07 ± 5,00	0,40

Teste ANOVA.

ANEXO I**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 à 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 à 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 II



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 Carla Palmeira S. Silva, 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 III

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 esquecê-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.

- 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 ele fosse
- 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** **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		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 IV

• 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