



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

**ÉRICA DAYANNE MEIRELES LEITE**

**Avaliação do estigma face aos transtornos mentais de iniciantes e  
concludentes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe**

**ÉRICA DAYANNE MEIRELES LEITE**

**Avaliação do estigma face aos transtornos mentais de iniciantes e concludentes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe**

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

**Orientadora:**

Prof<sup>a</sup> Ms. Helena Pinho de Sá.

# **Avaliação do estigma face aos transtornos mentais de iniciantes e concludentes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe**

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. Érica Dayanne Meireles Leite

Orientadora: \_\_\_\_\_

Profª. Msc. Helena Pinho de Sá

BANCA EXAMINADORA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## AGRADECIMENTOS

A gratidão é um hábito que cultivo a compaixão em nós. Tenho profunda gratidão a todas as boas almas com as quais compartilhei minha vida e principalmente esses últimos seis anos. Hoje, em especial, após a conclusão desse trabalho de dois anos, expresso minha imensa gratidão a todos vocês:

Obrigada você que me deu a vida e me amou até o último suspiro. Você é minha mais profunda inspiração e sinto seu amor sempre presente. Obrigada a você que supriu uma falta profunda e sempre fez o possível e o impossível para ver meu sorriso. Sempre cuidarei de você. Obrigada a você que entrou em minha vida e preencheu um vazio com ternura e cuidado. Conte sempre comigo. Obrigada a vocês que cresceram comigo, e dividiram a vida. Obrigada a você que nos meus desesperos, enquanto crescíamos, fez-me voltar a acreditar em mim inúmeras vezes com seu olhar de admiração. Você me faz acreditar que os laços fraternos vão além da consanguinidade.

Obrigada a você que surgiu em minha vida tão inesperadamente, quase acidentalmente, e hoje cuida, compartilha e conjuga um nós comigo nessa eternidade chamada presente, com você “O que era sonho se tornou realidade”.

Obrigada a você que em meus momentos de fragilidade, me faz enxergar e aceitar minha singularidade. Obrigada a vocês que apesar de não terem compartilhado a vida universitária comigo, sempre me afagaram o coração com amizade. Obrigada a vocês que ouviram, ensinaram e produziram música comigo, essa enorme paixão eleva nossa amizade.

Obrigada a vocês que em seis anos compartilharam o dia a dia, com alegrias, cansaços, estresses e prazeres. Obrigada a você que suportou minhas variações de humor, e fazia delas, literalmente, humor. Obrigada a vocês que compartilharam mais intimamente esse último ano e meio, quase diariamente, e sempre contribuíram para o meu aprendizado. Obrigada a vocês que me ensinaram e me ensinam a ser médica todos os finais de semana em que me junto a vocês e tentamos construir conhecimento e cuidado, saiba que me referencio em vocês.

Obrigada a vocês que me orientaram em trabalhos, compartilharam seus conhecimentos comigo, me ajudaram a alcançar objetivos e tornaram-se pessoas que admiro por sua singeleza.

Obrigada a você que tentou elaborar comigo um trabalho como esse, mas que em virtude de circunstâncias avessas, não foi possível materializar por completo o esforço. Saiba que o mais importante já foi feito: o despertar para área mais bela da medicina que sua dedicação ao ensino me proporcionou.

Obrigada a você com quem convivi por dois anos, em aulas, plantões extracurriculares, reuniões de liga, e na elaboração desse trabalho. No momento em que eu mais precisei, você me estendeu os braços, me orientou e levou esse trabalho até o fim. Saiba que me inspiro em você como pessoa e profissional.

*“É no seio do terreno, sobre esta terra, nessa vida, que é preciso distinguir o que vale a pena ser vivido do que vale perecer...” (Nietzsche)*

## 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* 5<sup>th</sup> Edition

**TM** – Transtorno Mental

**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*)

**MS** – Ministério da Saúde

**MPS** – Ministério da Previdência Social

**DATAPREV** – Empresa de Tecnologia e Informação da Previdência Social

**SPSS** – *Statistical Package for the Social Sciences*

**CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa

## SUMÁRIO

<b>1. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	8
1.1 ESTIGMA.....	8
1.2 TRANSTORNOS MENTAIS .....	8
<b>1.2.1 Epidemiologia dos Transtornos Mentais</b> .....	9
1.3. ESTIGMA FACE AOS TRANSTORNOS MENTAIS.....	10
<b>1.3.1 Estigma face aos transtornos mentais em estudantes da saúde</b> .....	12
1.4. MEDIDAS DE COMBATE AO ESTIGMA FACE AOS TRANSTORNOS MENTAIS...	14
REFERÊNCIAS.....	16
<b>ARTIGO ORIGINAL</b> .....	19
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	19
TÍTULO.....	23
RESUMO.....	24
ABSTRACT.....	25
INTRODUÇÃO.....	26
MÉTODOS.....	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSSÃO.....	29
CONCLUSÃO.....	31
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	32
TABELAS.....	34
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido .....	40
ANEXO II – Parte I - Questionário sociodemográfico .....	41
ANEXO III – Parte II - Questionário AQ-27 .....	42

## **1.REVISÃO DE LITERATURA**

### **1.1.ESTIGMA**

A definição atual de estigma 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). Ao percebermos o outro como “estranho”, surgem evidências de que ele tem uma característica particular, que o torna diferente dos demais, e esta é associada a um estereótipo negativo (HANZAWA et al., 2012). Deixamos de considerá-la uma criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa defeituosa e diminuída, segundo Goffman (1975), estudioso do conceito de estigma e do papel social no processo de formação desse conceito. Assim, estigma é um sinal de desgraça que põe a pessoa à parte (STUBBS, 2014).

O estigma é formado pelas 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. Por último, surge a discriminação, um comportamento de distanciamento do objeto estigmatizado (Hirata; 2015). Atitudes preconceituosas e discriminatórias culminam no distanciamento social da pessoa estigmatizada. Um indivíduo que poderia ser facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço socialmente negativo, ou seja, um estigma que se impõe diante de outros (GOFFMAN, 1975).

Nas suas várias formas, o estigma leva também à discriminação da pessoa por ela própria, o que se chama de “auto-estigma”. A exclusão da pessoa nas diversas esferas sociais gera sentimentos de culpa, vergonha, inferioridade e desejo de isolamento (CORBIÈRE et al., 2012). O processo de discriminação, estereotipização e conceitos negativos são assim incorporados no autoconceito do indivíduo que passa a fazer autoavaliações negativas (SIQUEIRA, 2011).

### **1.2.TRANSTORNOS MENTAIS**

A Organização Mundial da Saúde define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Em virtude do maior conhecimento biológico e comportamental advindo do progresso da ciência – descobrimento de novas drogas e intervenções psicossociais - ampliou-se a maneira de compreender o processo saúde-doença. Isso

proporcionou uma maior percepção do profundo entrelaçamento entre saúde mental, física e social, assim, o conceito de saúde passou a incorporar um elemento mental. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE., 2001)

Segundo a 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde, a CID-10 (OMS, 1993), os transtornos mentais (TM) se classificam como uma alteração do pensamento e das emoções produzida por inadequação ou deterioração do funcionamento psicossocial em dependência de fatores biológicos, psicológicos e sociais.

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V da Associação Psiquiátrica Americana (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 5th edition, DSM-V, American Psychiatry Association)(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), o TM 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 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

### **1.2.1 EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS**

Os transtornos mentais são universais, pois acometem pessoas de diferentes sociedades, culturas, idades, sexos e etnias. Dados da OMS 2001 apontam que os TM representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo e respondem por 12% da carga mundial de doenças, afetando 20–25% de todas as pessoas em dado momento durante a sua vida, sendo causa de 1% da mortalidade. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE., 2001). Esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos. No entanto, menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental. Foi evidenciado no Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2001 que mais de 40% dos países dispunham de poucos recursos para a saúde mental e 30% não possuíam programas específicos nessa área (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE., 2001).

O Ministério da Saúde aponta para expressivos dados nacionais no qual aproximadamente 12% da população necessitam de algum atendimento - sendo a faixa etária de 25-54 anos a que apresenta maiores índices de TM -, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves por uso de álcool e outras drogas e cerca de 3% da população brasileira sofre de algum TM grave e persistente. (DOS SANTOS; DE SIQUEIRA, 2010), porém o índice de utilização dos serviços de saúde ainda é baixo, em torno de 13%, segundo o Ministério da Saúde. De acordo com recente estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária, observou-se alta frequência na população brasileira com prevalência de ansiedade de 37,6% (GONÇALVES et al. 2014), dados consistentes com um outro estudo feito em São Paulo com adultos que evidenciou uma prevalência anual de 19,9% de transtorno de ansiedade, 11% de transtorno de humor, 4,3% de transtorno de controle de impulsos e 3,6% de abuso de drogas (ANDRADE et al., 2012).

No ano de 2010, no Brasil, os transtornos mentais e comportamentais foram a terceira principal causa de incapacidade laborativa com necessidade de afastamentos (MPS; DATAPREV, 2011). Muitas pessoas com transtorno mental não buscam ajuda por conta do estigma, falta de conhecimento sobre a doença, despreparo das pessoas responsáveis pelos cuidados em saúde e a falta de serviços de qualidade (MARI; JORGE; KOHN, 2007). Sabe-se que a maioria dos transtornos mentais são condições tratáveis e evitáveis quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, podendo-se alcançar a redução expressiva dos índices de incapacitação e suicídio, principais agravos dessa condição (DOS SANTOS; DE SIQUEIRA; 2010).

### **1.3. ESTIGMA FACE AOS TRANSTORNOS MENTAIS**

Estigma sobre transtornos mentais estão amplamente incorporados na população geral, como por exemplo, a atitude negativa voltada aos portadores de esquizofrenia como informa Corrigan (2001). O rótulo de transtorno mental muda a percepção dos observadores mesmo na ausência de comportamentos anormais (BYRNE, 1997).

A experiência do estigma ocorre devido a conhecimentos insuficientes e/ou inadequados. Os estereótipos mais associados com discriminação e preconceito contra os portadores de transtornos mentais são considerar os portadores de TM perigosos, agressivos, violento, que não tem controle sobre seus comportamentos, que não são responsáveis por seus atos, além de perceberem os transtornos mentais como crônicos, de difícil tratamento e de pobre prognóstico (CORRIGAN et al., 2001) (ADEWUYA et al., 2008). As pessoas com transtornos mentais graves, como esquizofrenia, são julgadas como perigosas devido às características da doença, como delírios, alucinações, comportamento

e discurso desorganizado, as quais são interpretadas pelas pessoas como uma ameaça. (KERMODE et al., 2009). Soma-se a isso o fato de os portadores de transtornos mentais serem vistos como pessoas de difícil comunicação (CRISP et al; 2000).

O estigma em relação aos transtornos mentais é uma das principais causas de subdiagnóstico e subtratamento destes transtornos e é uma grande barreira a ser vencida pela sociedade neste século (HIRATA, 2015). A estigmatização desses agravos à saúde ainda gera um impacto na vida dos familiares, das instituições, dos profissionais da saúde mental, no tratamento, no uso de medicamentos, no acesso ao trabalho e nas atividades escolares (BARKE; NYARKO; KLECHA, 2011). Assim, o estigma não é uma abstração, mas uma fonte diária de sofrimento de suas vítimas (BYRNE, 1997). Corrigan (2004) afirma que a relação da procura por tratamento pode diferir a depender do diagnóstico, como é visto com psicóticos nos quais se verificam altos níveis de estigma público em relação a pacientes com diagnósticos de depressão e ansiedade, segundo afirma Angermeyer e Matschinger (2004).

Uma das estratégias dos portadores de transtornos mentais, segundo Corrigan (2001)(2004), é tentar se afastar do rótulo de doença mental. Para isso costumam não buscar ajuda em instituições psiquiátricas, com receio de serem identificados como portadores de transtornos mentais e isso contribuir para uma repercussão social negativa, de acordo com Stuart (2003). Em estudo realizado por Wahl e Harman (1989) foi percebido o impacto do estigma refletido na baixa autoestima relatada por 76% dos avaliados; no prejuízo da capacidade de fazer e manter amizades, referido por 65%; insucesso em ser admitido em um novo emprego informado por 54%; e dificuldade para aceitar sua doença, em 60% da amostra (WAHL; HARMAN, 1989).

Um problema adicional é que algumas pessoas com transtorno mental apoiam atitudes estigmatizantes sobre a deficiência psiquiátrica, começando a acreditar que ele / ela merece ser tratado de tal forma. O estigma internalizado afeta a autopercepção do indivíduo e pode impactar potencialmente no sucesso ou no fracasso em oportunidades de vida, como o emprego. Isso serve para reforçar os estereótipos negativos e a exclusão social associados com doenças mentais graves. Assim, o auto-estigma leva as pessoas com doença mental e suas famílias a adotar atitudes de auto-aversão e auto culpa, resultando em uma sensação de desamparo e desesperança (CORBIÈRE et al., 2012).

O estigma não se restringe apenas ao portador de TM, mas também se estende aos seus familiares e pessoas próximas. Os familiares ou pessoas envolvidas com portadores de transtorno mental são estigmatizados por sua ligação com o paciente (LARSON; CORRIGAN, 2008). O estigma público causa impacto em seus familiares e amigos próximos, os quais podem experimentar altos níveis de vergonha e constrangimento (PHELAN; LINK; DOVIDIO, 2008). A relação de estigmatização com familiares é tão profunda que em um estudo realizado por Oestman e Kjellin (2013) evidenciou-se maior evitamento com familiares que moravam com parentes com TM em relação aos que não moravam. O estigma familiar está associado a estereótipos como culpa – por acreditar na falta de habilidade familiar que culminou no transtorno mental - e vergonha (HIRATA, 2015). O estigma familiar também resulta numa menor procura por tratamento e adesão (HIRATA, 2015).

### **1.3.1. ESTIGMA FACE AOS TRANSTORNOS MENTAIS EM PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DA SAÚDE**

O estigma encontra-se presente nos ambientes voltados aos cuidados em saúde. Sabe-se que o estigma, na população em geral, gera preconceitos e discriminação contra as pessoas que vivem com transtorno mental em várias esferas da vida. Talvez menos amplamente reconhecido seja o fato de que o estigma também existe dentre os profissionais e estudantes da saúde. Tal estigma desencoraja o envolvimento em cuidados de saúde e resulta em subdiagnóstico e queixas de maus tratos físicos (STUBBS, 2014). Estudantes de medicina compartilham esses preconceitos em certo grau, enquanto os estudantes que rejeitam os estereótipos são mais suscetíveis a escolher a psiquiatria como carreira (BYRNE, 1997).

O estigma de estudantes de Farmácia, por exemplo, foi avaliado de diferentes formas. Um primeiro avaliou o estigma de 157 alunos desse curso por meio de questionário de avaliação de estereótipos da esquizofrenia, de escala de avaliação de distanciamento social -*Social Distance Scale*- e pela escala de concordância de atitudes -*Leeds Attitudes Toward Concordance Scale*- e revelou que 87,9% seriam incapazes de ter um relacionamento íntimo, como dividir um flat, com uma pessoa anteriormente hospitalizada por esquizofrenia. Entre as crenças levantadas, a de que pessoas com esse transtorno mental são imprevisíveis apareceu em 68,4% dos estudantes e de que são indivíduos perigosos, em 47,5% dos casos. Ainda nesse estudo, 96,1% dos alunos concordaram com a importância de uma aliança terapêutica com esses pacientes e 51% concordaram fortemente que qualquer consulta entre farmacêutico e paciente deve ser uma negociação

entre iguais, ressaltando a importância da empatia com o paciente. (VOLMER; MÄESALU; BELL, 2008). Já outro estudo com estudantes de farmácia mostrou que o contato prévio, direto ou indireto, com a saúde mental ajudou a diminuir o estigma (NGUYEN; CHEN; O'REILLY, 2012).

Estudantes universitários também foram avaliados quanto ao estigma relacionado ao Transtorno de Asperger. Esse estudo mostrou que 59,3% dos alunos não tinham conhecimento sobre o assunto, 69,68% nunca foram expostos a um indivíduo com Asperger e evidenciou que o comportamento social do portador do transtorno trazia mais estigma do que o termo "Transtorno de Asperger" em si (BUTLER; & JENNIFER, 2010).

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; SANTOS; QUARTILHO, 2010).

Outro estudo verificou também por meio do AQ-27 que os componentes e a evolução do estigma são diferentes em cada curso. Os estudantes de Medicina e Psicologia apresentaram maior estigmatização referente à pena, coação, periculosidade, esquiva, medo, segregação e irritação do que os estudantes de enfermagem e estes últimos tinham o estigma mais evidentemente reduzido ao longo do curso do que os estudantes de Psicologia e Medicina (BARBOSA, 2010).

#### **1.4. MEDIDAS DE COMBATE AO ESTIGMA FACE AOS TRANSTORNOS MENTAIS**

Para combater o estigma e a discriminação é necessária uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação dos profissionais e trabalhadores em saúde, a reformulação de instituições psiquiátricas que servem para preservar e reforçar o estigma, a provisão de serviços de saúde mental na comunidade e a implementação de leis para proteger os direitos dos doentes mentais. O combate ao estigma requer também campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o

impacto dos transtornos mentais, a fim de dissipar mitos comuns e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE., 2001).

Diversos autores comprovam a importância de aspectos educativos gerais como o nível de escolaridade e específicos (participação em cursos, programas ou sessões informativas sobre a doença mental) na diminuição do estigma perante a doença mental (BARBOSA, 2010). Algumas abordagens para diminuir o estigma público e a discriminação envolvem o contato com pessoas com transtornos mentais, e, no âmbito do auto-estigma, há abordagens de reestruturação cognitiva, como aponta Larson e Corrigan (2008).

O combate ao estigma e discriminação se dá principalmente através dos meios de comunicação como o rádio, jornal, televisão, internet. A educação seja no ensino médio, na faculdade ou para profissionais de saúde ajuda a desmistificar os conceitos errôneos sobre doenças mentais através de fatos e informações científicas. O contato e o convívio com pessoas com doença mental são uma ajuda valiosa para diminuir o preconceito e a discriminação (HIRATA, 2015).

As evidências sugerem que intervenções caracterizadas pelo contato direto, ou através de filmes e e-mails educacionais efetivamente reduzem o estigma em estudantes e profissionais da saúde. A menos que a redução do estigma seja sustentada ao longo do tempo, o custo para implementar intervenções irão pesar mais que os benefícios (STUBBS, 2014). Por serem os profissionais de saúde as primeiras pessoas a entrarem em contato com pacientes com TM quando eles buscam ajuda em serviços de saúde, torna-se crítica a necessidade de redução do estigma nesses profissionais (STUBBS, 2014).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEWUYA, A. O. et al. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. **Journal of Affective Disorders**, v. 108, n. 1-2, p. 191–193, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. [s.l.: s.n.].

ANDRADE, L. H. et al. Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, 2012.

ANGERMEYER MC & MATSCHINGER H. No TitlePublic attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? **Journal of Affective Disorders**, v. 83, p. 177–182, 2004.

BARBOSA, T. R. S. **Estigma face à doença por parte dos futuros profissionais de saúde mental**. [s.l.] Universidade do Porto, 2010.

BARKE, A.; NYARKO, S.; KLECHA, D. 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.

BUTLER, R.; GILLIS, J. The Impact of Labels and Behaviors on the Stigmatization os Adults with Asperger's Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v.41, p741-749, 2011.

BYRNE, P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 90, n. 11, p. 618–621, 1997.

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. **The American psychologist**, v. 59, n. 7, p. 614–625, 2004.

CORRIGAN, P. W. et al. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. **Schizophrenia bulletin**, v. 27, n. 2, p. 219–225, 2001.

DOS SANTOS, E.´ G.; DE SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010.

GIL, I. M. DE A.; SANTOS, J. C.; QUARTILHO, M. J. R. **Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria**. [s.l.: s.n.].

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 Edição ed.Rio de Janeiro: [s.n.].

- HANZAWA, S. et al. Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 66, n. 2, p. 113–120, 2012.
- HIRATA, E. S. Estigma e depressão. **RBM**, p. 19–30, 2015.
- KERMODE, M. et al. Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: A mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. **Public Health**, v. 123, n. 7, p. 476–483, 2009.
- LARSON, J. E.; CORRIGAN, P. The stigma of families with mental illness. **Academic Psychiatry**, v. 32, n. 2, p. 87–91, 2008.
- MARI, J.; JORGE, M.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**, p. 119–41, 2007.
- MPS, M. DA P. S.; DATAPREV, E. DE T. E I. DA P. S. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1144>>. Acesso em: 26 maio. 2015.
- NGUYEN, E.; CHEN, T. F.; O'REILLY, C. L. Evaluating the impact of direct and indirect contact on the mental health stigma of pharmacy students. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 47, n. 7, p. 1087–1098, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. [s.l: s.n.].
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001 Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. 2001.
- ÖSTMAN, M.; KJELLIN, L. Stigma by association : Psychological factors in relatives of people with mental illness Stigma by association Psychological factors in relatives of people with mental illness. **Most**, p. 494–498, 2013.
- PHELAN, J. C.; LINK, B. G.; DOVIDIO, J. F. Stigma and prejudice: One animal or two? **Social Science and Medicine**, v. 67, n. 3, p. 358–367, 2008.
- SIQUEIRA, R. DE. O conceito de estigma como processo social : uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. **Imagonautas**, v. 2, n. 1, p. 92–113, 2011.
- STUBBS, A. Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. **Australasian Psychiatry**, v. 22, n. 6, p. 579–584, 2014.
- VOLMER, D.; MÄESALU, M.; BELL, J. S. Pharmacy students' attitudes toward and professional interactions with people with mental disorders. **The International journal of social psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 402–413, 2008.

WAHL, O. F.; HARMAN, C. R. Family views of stigma. **Schizophrenia Bulletin**, v. 15, n. 1, p. 131-139, 1989.

## **ARTIGO ORIGINAL**

### **NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA**

#### **Escopo e política**

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.

#### **Envio de manuscritos**

##### **Submissão online**

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/livre-docência 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 e-mail. 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 acrescentado 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 SubjectHeadings, 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 JournalEditors). 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. RevBrasEducMéd1998;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 [online]. 2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2009]; 38-43. Disponível em: [http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma\\_curricular.pdf](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>)

# **Avaliação do estigma face aos transtornos mentais de iniciantes e concludentes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe**

**Érica Dayanne Meireles Leite<sup>1</sup>, Joara Almeida<sup>2</sup>, Edimário dos Santos<sup>3</sup>, Marckssuely Melo<sup>4</sup>, Helena Pinho de Sá<sup>5</sup>**

1. Graduanda em Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS)
2. Graduanda em Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS)
3. Graduando em Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS)
4. Graduanda em Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS)
5. Profa. Msc. Helena Pinho de Sá - Psiquiatra

Esse estudo não teve nenhuma fonte de financiamento.

Autor para correspondência e contatos pré-publicação:

Érica Dayanne Meireles Leite

Endereço: Rua Valdomiro Teófilo, 650.

CEP:49030750 – Aracaju-Sergipe

Celular: (79) 99107969

E-mail: [erica.dml@gmail.com](mailto:erica.dml@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar o estigma em alunos iniciantes e concludentes em Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS - São Cristóvão) face aos transtornos mentais (TM) e relacioná-lo à idade, ao gênero, ao contato com portador de TM e a quem foi esse portador. **Métodos:** Estudo transversal que avaliou 36 alunos iniciantes e 88 concludentes em Medicina por meio de questionário sociodemográfico e do AQ-27 de Corrigan et al. (2003), que avalia o estigma em relação a pessoas com TM. **Resultados:** A média da idade diferiu entre calouros e internos ( $p=0,01$ ). Na análise das médias das dimensões do AQ-27, os internos obtiveram menor valor da “irritação” em relação aos calouros ( $p= 0,03$ ). Na avaliação do AQ-27 em relação a quem era o portador de TM que se tinha contato, a “coação” diferiu ( $p=0,02$ ), sendo maior naqueles que conheciam “familiar\amigo” em relação a “eu” ( $p=0,02$ ). **Conclusões:** O estigma dos internos foi menor que o dos calouros, similar a dados existentes na literatura. Além disso, o estigma mostrou-se mais acentuado no familiar ou amigo portador de TM quando comparado ao próprio aluno.

**Palavras-Chave:** estigma social, transtornos mentais, estudantes, estudantes de medicina

## ABSTRACT

**Objectives:** Evaluate the stigma in medical students from Universidade Federal de Sergipe (UFS-São Cristovão) at the beginning and at the end of course about mental disorders, associates with age, genre, contact with mental patients and who the patient is. **Methods:** Cross-sectional study that evaluates 36 students at the beginning and 88 at the end of medicine course through socio-demographic questionnaire and AQ-27 from Corrigan et al.(2003), that measures stigma towards mental patient. **Results:** The age average have differed between those two groups ( $p=0,01$ ). The analysis of dimensions average of the AQ-27, conclusives students have lower value of "irritation"( $p=0,03$ ). In the AQ-27 evaluation as those who have had mental patient's contact, the "coercion" have differed ( $p=0,02$ ), and higher in those who have had family/friend with mental disorders than "self" ( $p=0,02$ ). **Conclusion:** The stigma in conclusive students was lower than in the beginners agree with existing data in the literature. Additionally, the stigma shows more force to family or friend with mental disorders when compared to himself.

**Keywords:** social stigma, mental disorders, students, medical students

## INTRODUÇÃO

A definição atual de estigma consiste numa severa desaprovação social devido a crenças ou características individuais presentes e contrárias às normas, sejam elas econômicas, políticas, culturais ou sociais<sup>1</sup>. O estigma é formado pelas seguintes dimensões: estereótipo, preconceito e discriminação<sup>2</sup>. Atitudes preconceituosas e discriminatórias culminam no distanciamento social da pessoa estigmatizada

A experiência do estigma ocorre devido a conhecimentos insuficientes e/ou inadequados. O processo de discriminação, estereotipização e conceitos negativos são assim incorporados no autoconceito do indivíduo que passam a fazer autoavaliações negativas<sup>3</sup>, conhecida como auto-estigma.

Dados da OMS de 2001 apontam que os transtornos mentais (TM) representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo e respondem por 12% da carga mundial de doenças, afetando 20–25% de todas as pessoas em dado momento durante a sua vida, sendo causa de 1% da mortalidade. Esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos<sup>4</sup>.

O Ministério da Saúde aponta para expressivos dados nacionais no qual aproximadamente 12% da população necessitam de algum atendimento - sendo a faixa etária de 25-54 anos a que apresenta maiores índices de TM -, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves por uso de álcool e outras drogas e cerca de 3% da população brasileira sofrem de algum TM grave e persistente<sup>5</sup>.

Os estereótipos mais associados com discriminação e preconceito contra os portadores de transtornos mentais são considerar os portadores de TM perigosos, agressivos, violentos, que não tem controle sobre seus comportamentos, que não são responsáveis por seus atos, além de perceberem os transtornos mentais como crônicos, de difícil tratamento e de pobre prognóstico<sup>6, 7</sup>. O estigma desses agravos à saúde é uma das principais causas de subdiagnóstico e subtratamento, e constitui uma das barreiras mais importantes à saúde a ser vencida na sociedade neste século, segundo Hirata<sup>2</sup>. Além disso, a estigmatização dos TM gera um impacto na vida dos familiares, das instituições, dos profissionais de saúde mental, no tratamento, no uso de medicamentos, no acesso ao trabalho e nas atividades escolares<sup>2, 6</sup>.

O estigma encontra-se presente nos ambientes voltados aos cuidados em saúde. Talvez menos amplamente reconhecido seja o fato de que o estigma também existe entre os profissionais e estudantes da saúde. Tal estigma desencoraja o envolvimento em cuidados de saúde e resulta em subdiagnóstico e queixas de maus tratos físicos<sup>7</sup>.

Em um estudo feito em 2010 por Tania Barbosa<sup>8</sup>, verificou-se por meio do Questionário de Atribuições AQ-27 que os componentes e a evolução do estigma são diferentes em cada curso. Os estudantes de Medicina e Psicologia apresentaram maior estigmatização referente à pena, coação, periculosidade, esquiva, 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 os estudantes de Psicologia e Medicina<sup>8</sup>.

Para atacar o estigma e a discriminação é necessária uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação dos profissionais e trabalhadores em saúde, a reformulação de instituições psiquiátricas que servem para preservar e reforçar o estigma, a provisão de serviços de saúde mental na comunidade e a implementação de leis para proteger os direitos dos doentes mentais. O combate ao estigma requer também campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto dos transtornos mentais, a fim de dissipar mitos comuns e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos<sup>8</sup>. Por serem os profissionais de saúde as primeiras pessoas a entrarem em contato com pacientes com TM quando eles buscam ajuda em serviços de saúde, torna-se crítica a necessidade de redução do estigma nesses profissionais<sup>4</sup>.

## **METODOLOGIA**

Estudo analítico, observacional, transversal realizado nas cidades de Aracaju e São Cristóvão nos campos da Universidade Federal de Sergipe, no período de agosto de 2014 a janeiro de 2015 com alunos do primeiro período e internato de medicina. Elaborado segundo a Declaração de Helsinque (1964) e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP). Os riscos envolvidos na pesquisa foram apenas relativos à exposição pessoal dos membros da amostra no preenchimento do questionário. Como critérios de inclusão, usou-se: estar devidamente matriculado no curso e, para os que cursassem matérias de vários períodos, considerou-se apenas os que cursassem mais matérias do período pesquisado; para os alunos do internato, foram entrevistados após a conclusão do módulo de Saúde Coletiva.

Foram utilizados dois questionários: o sociodemográfico, por meio do qual se obteve a idade, o gênero, se o aluno havia cursado ou não disciplinas voltadas para a Saúde Mental, se o aluno já tivera contato com pessoas que já receberam diagnóstico de TM e se esse contato foi “ele mesmo”, de “um amigo ou familiar” ou de “outro”; e o questionário de Atribuição AQ-27<sup>10,11</sup> para avaliar o estigma face aos transtornos mentais na população estudada.

O AQ-27 foi construído por Corrigan *et. al.*<sup>12</sup>, traduzido para o português por SOUZA *et al.*<sup>11</sup> e obteve um alfa de 0,88 por testes que avaliaram suas propriedades psicométricas, cuja

autora autorizou a utilização do mesmo. O AQ-27 avalia nove fatores de estereótipo, relacionando-os a atitudes discriminatórias (responsabilidade, irritação, periculosidade, medo, coação, segregação e evitamento) e de proximidade (ajuda e pena) em relação a pessoas com TM. Os fatores avaliados pelo AQ-27 e as questões que os avaliam são: responsabilidade = AQ10 + AQ11 + AQ23; irritação = AQ1 + AQ4 + AQ12; pena = AQ9 + AQ22 + AQ27; ajuda = AQ8 + AQ20 + AQ21; periculosidade = AQ2 + AQ13 + AQ18; medo = AQ3 + AQ19 + AQ24; evitamento = AQ7 + AQ16 + AQ26; segregação = AQ6 + AQ15 + AQ17; coação = AQ5 + AQ14 + AQ25. Quanto maior se dá a pontuação, maior é a incorporação do fator estudado pelo sujeito analisado, à exceção para as dimensões ajuda e pena.

Obteve-se a média da pontuação de cada dimensão do AQ-27 após a soma de suas três afirmativas correspondentes para cada grupo de alunos, como também se obteve a média dessas dimensões relacionadas às variáveis sociodemográficas gênero, contato com portador de transtorno mental e quem foi esse contato.

Analisou-se os dados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Os dados contínuos com distribuição normal e com duas variáveis foram analisados por meio do teste *t* de Student e os não normais, pelo teste Mann-Whitney U, para duas variáveis, e o teste Kruskal-Wallis para três variáveis. Para os dados categóricos com distribuição normal foi aplicado o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson e, sem distribuição normal, foi utilizado o Teste Exato de Fisher. Foram consideradas significativas as diferenças com valores de  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

O estudo avaliou 124 estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe dos campos da Saúde de Aracaju e São Cristóvão, no período de agosto de 2014 a janeiro de 2015, divididos em dois grupos: 36 alunos do primeiro período e 88 alunos do internato de medicina, os quais foram comparados por meio de testes estatísticos.

Por meio de análise detalhada das dimensões do AQ-27 – responsabilidade, pena, irritação, periculosidade, medo, ajuda, coação, segregação e evitamento – e das variáveis sócio-demográficas - idade, gênero, contato com transtorno mental e quem foi o contato- obteve-se as variáveis normais (One-sample Kolmogorov-Smirnov Test;  $p > 0,05$ ) que foram: pena, irritação, periculosidade, medo, coação, evitamento; e as variáveis não-normais (One-sample Kolmogorov-Smirnov Test;  $p < 0,05$ ): gênero, contato, quem, idade, responsabilidade, ajuda e segregação.

A média da idade diferiu estatisticamente entre os alunos do primeiro período e os do internato (Teste de Mann-Whitney;  $p = 0,01$ ). Quanto à variável gênero a frequência do sexo feminino não diferiu estatisticamente entre os grupos de alunos ( $\chi^2 = 0,07$ ;  $p = 0,83$ ). No quesito “contato com

portador de TM”, verificou-se diferença com significância estatística entre os grupos avaliados (Teste de Fisher;  $p=0,03$ ). Por fim, os grupos não apresentaram diferença com significância estatística na frequência de quem foi o portador de TM que o aluno teve contato (Teste de Fisher;  $p=0,19$ )(Tabela 1).

Quanto às médias das dimensões do AQ-27 em relação aos grupos de alunos, os resultados foram significativos para as dimensões irritação ( $t_{(1, 122)}= 2,18$ ;  $p= 0,03$ ; IC 95% de 0,20 a 4,14) e periculosidade ( $t_{(1, 122)}=2,224$ ;  $p=0,02$ ; IC 95% de 0,29 a 4,67), com médias maiores nos calouros em ambas as dimensões (Tabela 2).

A avaliação comparativa das médias das dimensões do AQ-27 entre os gêneros não evidenciou diferença estatisticamente significativa para nenhuma das dimensões (Tabela 3.)

Na avaliação das dimensões do AQ-27 com a variável dependente ‘contato com TM’, nenhuma apresentou valor estatisticamente significativo (Tabela 4).

Na avaliação do AQ-27 com “quem” foi o portador de TM, observou-se significância estatística para a dimensão coação ( $F_{(1,102)}= 4,04$ ;  $p=0,02$ ) (Tabela 5) com médias maiores para “familiar ou amigo” em relação “ele próprio” com significância estatística ( $p=0,02$ ) (Tabela 6). Não se observou significância estatística para as demais dimensões (Tabela 5 e 6).

Não se observou associação com significância estatística entre “quem” e “período” ( $F_{(1,101)}= 3,9$ ;  $p=0,05$ ) e “quem” e “gênero” ( $F_{(1,100)}=0,24$ ;  $p= 0,78$ ) para as dimensões avaliadas pelo AQ-27.

## DISCUSSÃO

Nesse estudo entre estudantes iniciantes e concludentes do curso de medicina, observou-se que os alunos concludentes tinham mais idade e apresentavam tendências a comportamentos mais positivos com portadores de TM em relação aos calouros, semelhante a alguns resultados encontrados na literatura<sup>8, 13</sup>. Houve tendência à redução de atitudes e emoções negativas com os doentes mentais nos alunos concludentes, com resultados estatisticamente significativos para as dimensões voltadas a atitudes discriminatórias e preconceituosas: irritação e periculosidade. Entretanto, para as dimensões pena e evitamento, as médias foram maiores no grupo concludente, porém não estatisticamente significativa. Supomos que, devido ao maior conhecimento recebido sobre TM durante a graduação, ao maior contato com portadores de TM e a experiências vividas, haja mudanças positivas de comportamentos perante portadores de TM. Esses resultados são semelhantes aos observados em um estudo Canadense e um estudo Australiano no qual os participantes com maior escolaridade eram menos propensos a atitudes estigmatizantes<sup>14, 15</sup>.

Quanto à influência de fatores sociodemográficos sobre o estigma nos TM, não se evidenciou relevância do gênero de maneira estatisticamente significativa. Entretanto, constatou-se pelas médias das dimensões avaliadas, que as mulheres atribuíram menos responsabilidade aos portadores de TM, apresentavam menor tendência à irritação, à coação e ao evitamento, e maior propensão à ajuda e à pena, comportamentos e respostas emocionais positivas relacionadas a atitudes de proximidade e assistência. Contudo, para as dimensões periculosidade e medo, o gênero feminino apresentou valores mais elevados, e evidencia uma tendência de as mulheres considerarem as pessoas com TM como perigosas e demonstrarem mais respostas emocionais negativas. Estes resultados são semelhantes aos encontrados na literatura, como no estudo realizado por Tânia Barbosa com estudantes de medicina, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem e serviço social<sup>8</sup>.

Na avaliação da influência do gênero masculino, os homens apresentaram maiores valores nas dimensões relacionadas a atitudes discriminatórias: responsabilidade, irritação, coação, segregação e evitamento, apesar de não serem estatisticamente significativos. Esses dados estão de acordo com o estudo feito por Adewuya e Oguntade<sup>16</sup> e por Griffiths<sup>15</sup>, nos quais se observou maiores níveis de atitudes estigmatizantes com comportamentos e reações negativas nos homens. Segundo o estudo de Cook e Wang<sup>14</sup>, os homens apresentavam maior carga de estigma perante portadores de TM que as mulheres. No entanto, no estudo realizado por Addison e Thorpe<sup>17</sup> e Oliveira<sup>18</sup>, este último realizado por meio do AQ-9, não se verificou diferenças entre os gêneros. Bjorkman et al.<sup>19</sup> constataram maior tendência das mulheres a comportamentos positivos perante os TM, à exceção dos Transtornos de Álcool e Drogas. Segundo Tânia Barbosa<sup>9</sup>, atitudes positivas no gênero feminino podem ocorrer devido à influência do papel de cuidadora, socialmente atribuído e adquirido pela maioria das mulheres.

Em relação ao contato com TM e as dimensões do AQ-27, nenhuma apresentou valor estatisticamente significativo, o que está de acordo com o estudo de Javed<sup>20</sup>, no qual constatou que as atitudes daqueles que haviam tido contato com pessoas com doença mental eram similares aos que não tiveram contato. Entretanto, para aqueles que já haviam tido contato, observou-se maiores médias nas dimensões periculosidade, medo, ajuda e evitamento. Também houve maior tendência dos que não tiveram contato a emoções negativas e atitudes estigmatizantes, evidenciados pelos maiores valores de média nas dimensões responsabilidade, pena, irritação, coação, segregação. Para Corrigan et al.<sup>11</sup>, o contato com TM proporciona maior tendência a ajuda e menor tendência a evitamento.

No intuito de avaliar melhor o efeito do contato e especificar seu grau, avaliaram-se as dimensões do AQ-27 com “quem” foi o portador de TM. Observou-se significância estatística na dimensão coação com médias maiores para “Familiar ou Amigo”. Contudo, na avaliação de

atitudes discriminatórias (responsabilidade, periculosidade, medo, raiva, coação, segregação e evitamento), as médias foram maiores para “Outros”.

A análise multivariada na dimensão coação teve significância estatística para “Eu” com “Familiar” e “Familiar” com “Eu”, o que demonstra um maior comportamento coercivo quanto maior a familiaridade, o que está em desacordo com os resultados achados por Holmes e colaboradores<sup>21</sup>, Corrigan e colaboradores<sup>14</sup> e Adewuya<sup>16</sup>, nos quais se constatou que o maior contato com pessoas com transtornos mentais diminui padrões de estereótipos e atitudes negativas. No estudo realizado por Sara de Sousa e colaboradores<sup>22</sup>, evidenciou-se menor prevalência da dimensão coação entre parentes próximos e maiores níveis quando mais distantes.

## **CONCLUSÃO**

No presente estudo, comparamos alunos iniciantes e concludentes da graduação em medicina da UFS, os quais revelaram atitudes estigmatizantes e discriminatórias dirigida a pessoas com transtornos mentais, com diferenças na carga de estigma. Os alunos iniciantes apresentaram opiniões mais próximas do público em geral, enquanto os concludentes, devido ao maior conhecimento proveniente de disciplinas da saúde mental ao longo da formação, apresentaram uma tendência à redução na carga de estigma observada nas dimensões irritação e periculosidade. O maior contato com informações e pacientes com transtornos mentais criam condições educativas para redução da influência de opiniões provenientes do senso comum, as quais apresentam ao iniciar o curso.

O estudo teve como limitação o tempo, assim não houve como avaliar longitudinalmente a mesma amostra do início ao final do curso, somente sendo possível comparar amostras independentes.

Esperamos com esse estudo estimular novas pesquisas sobre o tema a fim de promover mudanças positivas na formação de futuros profissionais em saúde, para assim promover uma maior assistência aos portadores de transtorno mental. O combate ao estigma na área de saúde começa pelos profissionais envolvidos na assistência e cuidado. Assim, é de demasiada importância que estudantes da área de saúde, em especial os futuros profissionais médicos, tenham conceitos bem fundamentados sobre os transtornos mentais de forma a reduzir o estigma proveniente do meio sociocultural e propiciar um ambiente acolhedor aos portadores de TM para que haja uma maior busca por tratamento e maior eficiência nos cuidados.

## REFERÊNCIAS

1. Corbière M, Samson E, Villotti P, Pelletier J-F. Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. *Sci World J.* 2012;2012:1–10.
2. Hirata ES. Estigma e depressão. *RBM.* 2015;19–30.
3. Siqueira R De. O conceito de estigma como processo social : uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas.* 2011;2(1):92–113.
4. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001 Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. 2001;
5. Dos Santos EG, De Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras de Psiq.* 2010;59(3):238–46.
6. Barke A, Nyarko S, Klecha D. The stigma of mental illness in Southern Ghana: Attitudes of the urban population and patients' views. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(11):1191-202.
7. Stubbs A. Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australas Psychiatry.* 2014;22(6):579–84.
8. Barbosa TRS. Estigma face à doença por parte dos futuros profissionais de saúde mental. Universidade do Porto; 2010.
9. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO 2001 Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. 2001;
10. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004;59(7):614-25.
11. Sousa S, Queirós C, Marques A, Rocha N, Fernandes A. Versão preliminar portuguesa do Attribution Questionnaire (AQ-27), adaptada com autorização de P. Corrigan. FPCEUP/ESTSPIPP. 2008;
12. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav.* 2003;44(2):162–79.
13. 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.
14. Cook TM, Wang J. Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry.* 2010;10:29.
15. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry.* 2008;8:25.
16. Adewuya AO, Ola BO, Aloba OO, Mapayi BM, Okeniyi JAO. Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. *J Affect Disord.* 2008;108(1-2):191–3.
17. Addison SJ, Thorpe SJ. Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(3):228–34.

18. Oliveira ARF, Azevedo SM. Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Porto de Medicina Geral*. 2014;227–34.
19. Lundberg B, Hansson L, Wentz E, Björkman T. Stigma, discrimination, empowerment and social networks: a preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54(1):47–55.
20. Naeem F, Ayub M, Javed Z, Irfan M, Haral F, Kingdon D. Stigma and psychiatric illness. A survey of attitude of medical students and doctors in Lahore, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2006;18(3):46–9.
21. Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, Canar J, Kubiak M a. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1999;25(3):447–56.
22. SOUSA S, MARQUES A, ROSARIO C, QUEIROS C. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012;34(4):186–97.

## TABELAS

Tabela 1- Distribuição sociodemográfica entre os grupos

Variáveis	1º Período (%)	Internato (%)	<i>p</i>
<b>Total</b>	36 (100)	88 (100)	
<b>Idade média ±D.P.</b>	20,81±4.18	25,91±4,24	<b>&lt; 0,01</b>
<b>Gênero n (%)</b>			
Masculino	22 (61,1)	56 (63,63)	
Feminino	14 (38,8)	32 (36,36)	0,83
<b>Contato n (%)</b>			
Sim	25 (69,44)	81 (85,7)	
Não	10 (27,77)	7 (14,3)	<b>&lt; 0,01</b>
Sem resposta	1 (2,77)	0 (0,0)	
<b>Quem n (%)</b>			
Eu mesmo	0 (0,0)	4 (4,54)	
Familiar ou amigo	19 (52,77)	46 (65,7)	
Outros	6(16,66)	31 (35,22)	0,19

$\chi^2$  de Pearson; Teste Exato de Fisher; 1 participante do 1º período não respondeu ao quesito "Quem".

Tabela 2– Médias das dimensões do AQ-27 entre os alunos do 1º período e do internato do curso de Medicina da UFS.

Dimensões	1º Período	Internato	<i>p</i>
	Média±DP	Média±DP	
Responsabilidade	8,42 ± 4,17	7,92 ± 3,67	0,59
Pena	17,75 ± 5,47	16,82 ± 4,67	0,34
Irritação	12,50 ± 4,35	10,33 ± 5,27	0,03
Periculosidade	12,92 ± 5,62	10,43 ± 5,57	0,02
Medo	11,67 ± 6,10	9,75 ± 5,47	0,09
Ajuda	19,33 ± 5,7	21,58 ± 3,75	0,07
Coação	16,50 ± 4,39	15,91 ± 3,73	0,45
Segregação	8,56 ± 3,95	7,28 ± 4,23	<b>0,055</b>
Evitamento	11,5 ± 5,32	13,55 ± 5,99	0,58

Teste *t* de Student. Teste de Mann Whitney.

**Tabela 3 –Médias das dimensões do AQ-27 entre os gêneros masculino e feminino dos alunos de Medicina da UFS**

Dimensões	Masculino	Feminino	<i>p</i>
	Média±DP	Média±DP	
<b>Responsabilidade</b>	8,45 ± 3,99	7,41 ± 3,42	0,22
<b>Pena</b>	16,63 ± 4,30	17,87 ± 5,78	0,17
<b>Irritação</b>	11,13 ± 5,08	10,67 ± 5,19	0,63
<b>Periculosidade</b>	10,94 ± 5,72	11,52 ± 5,64	0,58
<b>Medo</b>	9,67 ± 5,73	11,39 ± 5,98	0,11
<b>Ajuda</b>	20,86 ± 4,36	21,04 ± 4,78	0,60
<b>Coação</b>	16,19 ± 4,12	15,89 ± 3,61	0,68
<b>Segregação</b>	7,85 ± 4,00	7,33 ± 4,49	0,26
<b>Evitamento</b>	13,13 ± 5,77	12,65 ± 5,88	0,61

Teste *t* de Student. Teste de Mann Whitney.

**Tabela 4- Médias das dimensões do AQ-27 em relação à ausência ou à presença do contato com portador de TM de alunos da Medicina da UFS.**

<b>Dimensões</b>	<b>Sim</b> <b>Média±DP</b>	<b>Não</b> <b>Média±DP</b>	<b>p</b>
<b>Responsabilidade</b>	8,10 ± 3,80	8,12 ± 3,8	0,31
<b>Pena</b>	17,10 ± 4,94	17,35 ± 4,80	0,84
<b>Irritação</b>	10,82 ± 5,18	11,71 ± 4,79	0,51
<b>Periculosidade</b>	11,31 ± 5,72	10,35 ± 5,57	0,52
<b>Medo</b>	10,60 ± 5,86	8,71 ± 5,80	0,21
<b>Ajuda</b>	21,16 ± 4,19	19,18 ± 5,92	0,20
<b>Coação</b>	15,90 ± 3,85	17,29 ± 4,39	0,17
<b>Segregação</b>	7,63 ± 4,25	7,94 ± 3,86	0,74
<b>Evitamento</b>	17,14 ± 5,58	15,53 ± 7,09	0,29

Teste *t* de Student, Teste de Kruskal-Wallis.

]

**Tabela 5—Médias das dimensões do AQ-27 em relação com quem foi o portador de TM que o aluno teve contato.**

<b>Dimensões</b>	<b>Ele próprio Média±DP</b>	<b>Familiar ou Amigo Média±DP</b>	<b>Outros Média±DP</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Responsabilidade</b>	7,75±3,59	7,89±4,06	8,51±3,42	0,47
<b>Pena</b>	16,50±5,68	17,34±4,97	16,76±4,92	0,82
<b>Irritação</b>	6,25±5,25	11,28±5,05	10,51±5,28	0,15
<b>Periculosidade</b>	6,00±3,16	11,40±5,36	11,73±6,35	0,16
<b>Medo</b>	6,00±4,08	10,68±5,65	10,97±6,30	0,27
<b>Ajuda</b>	23,00±1,41	21,20±3,91	20,89±4,85	0,66
<b>Coação</b>	11,00±0,81	16,37±3,76	15,59±3,85	0,02
<b>Segregação</b>	4,50±1,73	7,52±4,02	8,16±4,74	0,26
<b>Evitamento</b>	11,25±7,41	17,28±5,34	17,54±5,6	0,29

Teste de Kruskal Wallis. Teste ANOVA seguido de pós-teste de Bonferroni.

**Tabela 6 - Distribuição das diferenças médias e EP da dimensão “coação” entre os grupos “ele próprio”, familiar/amigo” e “outros” dos alunos de Medicina da UFS**

<b>Quem</b>	<b>Diferença média± EP</b>	<b>IC 95%</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Coação</b>			
<b>Ele próprio vs Familiar/Amigo</b>	-5,37±1,932	-10,07 a -0,67	0,02
<b>Ele próprio vs Outros</b>	-4,59±1,973	-9,40 a 0,21	0,06
<b>Familiar/Amigo vs Outros</b>	0,77±0,77	-1,1 a 2,65	0,95

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

**ANEXO I****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE****DEPARTAMENTO DE MEDICINA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**NOME DA PESQUISA: Avaliação do estigma face aos transtornos mentais de iniciantes e concludentes de Medicina da Universidade Federal de Sergipe**

**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 II**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**Parte I**

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.

**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

## Parte II

**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
<b>nada</b>									<b>muito</b>
2. Eu iria sentir-me inseguro perto do José.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>não, nada</b>									<b>sim, muito</b>
3. O José iria assustar-me.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>nada</b>									<b>muito</b>
4. Até que ponto ficaria zangado com o José?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>nada</b>									<b>muito</b>
5. Se eu fosse responsável pelo tratamento do José, pediria para ele tomar a sua medicação.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>nada</b>									<b>muito</b>
6. Penso que José coloca sua vizinhança em risco se não for internado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>nada</b>									<b>muito</b>
7. Se eu fosse um empregador, entrevistaria o José para um emprego.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>nada provável</b>									<b>muito provável</b>
8. Eu estaria disposto a conversar com José sobre os seus problemas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>nada</b>									<b>muito</b>
9. Eu iria sentir piedade pelo José.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>nenhuma</b>									<b>muita</b>
10. Eu iria pensar que o José é o culpado de sua situação atual.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>não, não concordo nada.</b>									<b>sim, concordo muito</b>
11. Até que ponto acha que é controlável a causa da situação de José actual?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>nada, não depende do controle pessoal</b>									<b>Completamente dependente do controle pessoal</b>



