

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



JOARA SANTOS ALMEIDA

**Estigma face ao transtorno mental em estudantes iniciantes e concludentes
de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe- São
Cristóvão**

ARACAJU-SE

2015

JOARA SANTOS ALMEIDA

**Estigma face ao transtorno mental em estudantes iniciantes e concludentes
de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe- São
Cristóvão**

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

Orientadora:

Profa. Helena Pinho de Sá

ARACAJU-SE

2015

JOARA SANTOS ALMEIDA

Estigma face ao transtorno mental em estudantes iniciantes e concludentes de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe- São Cristóvão

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 ___/___/___

Orientadora: Profa. Helena Pinho de Sá

Autor: Joara Santos Almeida

BANCA EXAMINADORA

*Dedico este trabalho à minha família,
em especial aos meus pais.*

AGRADECIMENTOS

“Porque a seus anjos ele dará ordens a seu respeito, para que o protejam em todos os seus caminhos.” (Salmo 91)

Agradeço a Deus por toda bênção e proteção, e pela força cedida a mim para que eu nunca desistisse dos meus objetivos.

Aos meus pais pelo amor, compreensão e incentivo aos estudos mesmo que, para isso, abdicassem do convívio comigo, sempre pensando no que é melhor para mim.

Aos meus irmãos pelo apoio incondicional.

Ao meu namorado pelo amor, estímulo e ajuda direta na realização da minha monografia, e pelo apoio constante ao longo do meu curso.

Aos meus amigos Adeirton, Mari, Alyne, Elo e Marcos Paulo, por sempre estarem presentes nos momentos mais importantes da minha vida.

Aos meus colegas de curso Érica, Edimário e Marckssuely pela dedicação à nossa pesquisa, sem vocês o trabalho teria sido mais árduo.

E, por fim, à minha orientadora Helena pela paciência, orientação e empenho em nosso trabalho, sempre buscando melhorá-lo cada dia mais.

SUMÁRIO

1 REVISÃO DA LITERATURA.....	6
REFERÊNCIAS.....	12
2 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA.....	14
3 ARTIGO ORIGINAL.....	19
3.1 FOLHA DE ROSTO.....	19
3.2 RESUMO DO ARTIGO ORIGINAL.....	20
3.3 ABSTRACT.....	21
3.4 INTRODUÇÃO.....	22
3.5 METODOLOGIA.....	24
3.6 RESULTADOS.....	26
3.7 DISCUSSÃO.....	28
3.8 CONCLUSÕES.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
TABELAS.....	33
ANEXOS.....	39

1. REVISÃO DA LITERATURA

O transtorno mental é visto como o sofrimento psíquico com quadros nosológicos delimitados (SILVEIRA; BRAGA, 2005). O DSM-V (2013) define o transtorno mental como uma síndrome, a qual se caracteriza por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou comportamental de um indivíduo que refletem uma alteração nos processos biológicos, psicológicos e de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental.

Estima-se que 450 milhões de pessoas no mundo sofram de transtornos mentais, perturbação mental, alcoolismo ou uso exacerbado de droga e que uma em cada quatro pessoas será afetada por uma doença psiquiátrica em algum estágio da sua vida (World Health Organization, 2002). Sendo que 70 milhões sofrem de dependência do álcool, 24 milhões de esquizofrenia, 10 a 20 milhões tentam suicídio e um milhão o cometem anualmente (World Health Organization, 2002). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001), a depressão grave é a quarta das doenças mais incapacitantes. Os portadores de transtorno mental, ao longo dos séculos, foram discriminados pela sociedade, chegando a ser expulsos das cidades europeias através das “Naus dos Loucos”, embarcações nas quais navegavam até chegar a outra cidade que não a sua de origem, no século XVI (FOUCAULT, 1978). No século XVI, foram criados os Hospitais Gerais, os quais não eram estabelecimento médico, eram estruturas semijurídicas que serviam, ao mesmo tempo, o papel de assistência e repressão, e abrigavam os pobres e os “loucos” (quem tinha pensamento libertino, faziam magia, alquimia, práticas de profanação ou certas formas de sexualidade) sendo que estes não participavam das atividades produtivas (FOUCAULT, 1978). No final do século XVIII, os Hospitais Gerais passaram a ter papel terapêutico, devido ao médico francês Philippe Pinel, visto como o pai da psiquiatria, o qual considerou que os indivíduos que sofriam perturbações mentais eram doentes, e esse modelo se perpetuou por muitos anos (FOUCAULT, 1978). Esse mesmo autor afirmou que “aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem, tornou-se agora castelo de nossa consciência”.

No século XX, o objetivo da psiquiatria passou a não ser mais o tratamento de um ou outro indivíduo, mas o de promover a saúde mental na comunidade em geral, assim, deixa de ser terapêutica e passa a ser preventiva, constituindo a Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995) a qual tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria (TENÓRIO, 2002). No Brasil, segundo Tenório (2002), essa reforma propôs que deveria se organizar um programa mais

amplo de intervenção na comunidade, prevenindo o adoecimento mental, tendo como iniciativas racionalização, humanização e moralização do asilo e a criação de ambulatórios como alternativa à internação. De acordo com esse mesmo autor, não se criticava o modelo manicomial, mas os seus excessos e desvios. A luta antimanicomial progressiva deu início a novas condições jurídicas, éticas e políticas, assim, o paciente institucionalizado deixou de ser passivo e dependente e se tornou sujeito de direito e usuário do sistema de saúde, aproximando o “louco” da sociedade e reduzindo o estigma construído por décadas (MUREKIAN, 2012). Foram criados o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e, posteriormente, o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), os quais são definidos como unidades de saúde locais ou regionais e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multidisciplinar (TENÓRIO, 2002). Os serviços residenciais terapêuticos foram criados para pacientes que ficaram institucionalizados por muitos anos e perderam o vínculo com os seus familiares, objetivando reintegrá-los na comunidade e fornecer apoio psicossocial fora do ambiente hospitalar, com moradia assistida (TENÓRIO, 2002)

A forma como o estigma é visto e combatido pela sociedade se deve ao histórico de como loucura e doença mental são definidos com o passar dos anos (SOUSA et al., 2012). A palavra “estigma” é originariamente grega e era usada na antiguidade para se referir ao corte ou queimadura feitos na pele de escravos ou criminosos, objetivando distingui-los dos demais cidadãos e, conseqüentemente, consideravam-nos seres de menor valor na sociedade (THORNICROFT, 2006). Posteriormente, o termo “estigma” foi utilizado para denominar as feridas no corpo de Cristo, designando assim uma conotação de sofrimento (THORNICROFT, 2006). De acordo com Goffman (1963), o estigma ocorre quando um grupo de pessoas realça uma característica distinta ou atribuem uma marca discriminatória a outro grupo, retirando, assim, os seus direitos e privilégios. Esse mesmo autor dividiu o estigma em dois: visível e invisível. O estigma visível refere-se à percepção ou sensação das pessoas que possuem uma característica específica, como um tipo de transtorno mental, por exemplo, sendo a tensão gerada na interação social a sua principal preocupação (GOFFMAN, 1963). Já o estigma invisível é real quando essa característica é revelada, por isso, em muitas situações, as pessoas escondem a sua doença por medo de serem estigmatizadas (GOFFMAN, 1963).

Segundo Cobière et al. (2012), o estigma é caracterizado pela falta de conhecimento sobre saúde mental, medo, preconceito e discriminação, o que pode levar à exclusão do indivíduo em várias esferas da vida social, provocando um sentimento de inferioridade e um desejo de

ocultação. Estudo sobre pessoas que são estigmatizadas referem que a dificuldade que enfrentam por esse problema é pior do que o sofrimento com a condição em si (THORNICROFT, 2006). Assim, esse é um problema complexo, capaz de afetar diretamente todas as facetas da vida de uma pessoa, como a oportunidade de emprego e moradia, ingressar no ensino superior, obter seguro e no âmbito judicial (CORBIÈRE, et al., 2012).

Corrigan e Watson (2002) afirmam existir dois tipos de estigma, o estigma público e o auto-estigma. O primeiro é a percepção de um grupo ou da sociedade de que um indivíduo como socialmente inaceitável devido a alguma característica própria, associada à desvalorização do indivíduo. O auto-estigma, por sua vez, ocorre quando esse preconceito é voltado para si próprio e também é resultante do equívoco social sobre a doença mental. Segundo Kanter et al. (2008), o estigma público tem relação direta com o auto-estigma e este último leva à diminuição do tratamento por diversas vias, como, por exemplo, evitar instituições de saúde mental, o uso de medicações psicotrópicas e à frequência de sessões de psicoterapia, sendo que a estigmatização está mais relacionada ao uso de antidepressivos do que às sessões de psicoterapia (KANTER et al., 2008)). O estudo elaborado por Livingston et al. (2011) com pessoas portadoras de doença mental envolvidas no sistema de justiça criminal, mostrou que o auto-estigma é diretamente proporcional à gravidade dos sintomas psiquiátricos, à história de encarceramento e à falta de moradia. De acordo com Sousa et al. (2012), o comportamento discriminatório é maior para portadores de esquizofrenia devido aos seus sintomas específicos, comportamentos disruptivos e agressivos e, conseqüentemente, à periculosidade associada a esse transtorno.

Sabendo que o estigma interfere negativamente no tratamento do portador de transtorno mental e que o impacto do mesmo pode ser diferente a depender do diagnóstico, Kanter, et al. (2008) desenvolveu e aplicou a escala de auto-estigma da depressão em estudantes da graduação e em pessoas da comunidade, comparando depois a estigmatização em brancos e em afroamericanos. Nesse estudo, Kanter et al. (2008), percebeu que o auto-estigma e a depressão se tornam um ciclo vicioso, ou seja, quando o indivíduo está depressivo, ele internaliza o estigma público e evita falar com as pessoas sobre o seu problema, levando ao isolamento social, o que pode aumentar a sua depressão, e à evasão da busca de tratamento; e que os afroamericanos demonstraram níveis mais elevados em estigma total (auto-estigma e estigma público) e maior gravidade na depressão. Adewuya, (2011) também infere que a auto-estigmatização poderia impedir a construção de relações benéficas com seus pares, formando um ciclo vicioso e que, assim, o apoio social poderia amenizar o prejuízo social de ambos. O

preconceito e a discriminação afetam também seus familiares, cuidadores e pessoas que possuem uma estreita relação com portadores de transtornos mentais, o que pode causar um autoestigma familiar, levando à baixa auto-estima da família (SOUSA et al. 2012). Sousa et al. (2012) relata a relevância de se cuidar desses familiares e cuidadores que sofreram forte impacto nas suas vidas e que precisam modificar sua rotina para assegurar tarefas dos seus membros e do próprio portador, como o uso do medicamento. Dessa forma, também há implicações financeiras e impactos físicos e emocionais dessas pessoas que levam a atitudes de rejeição e protecionismo ou de indiferença e conflito dos mesmos.

Ainda assim, estudo com familiares de portadores de esquizofrenia evidenciou menores escores nessa população do que na população em geral (SOUSA et al. 2012). As dimensões do questionário AQ-27 “periculosidade”, “medo”, “evasão” e “responsabilidade” obtiveram baixos escores em relação a outros estudos realizados com a população geral, o que pode ser explicado pelo contato regular que os familiares tinham com o portador do transtorno mental. Além disso, as atitudes estigmatizantes foram inversamente proporcionais ao tempo de descoberta do transtorno, e o maior tempo de descoberta do transtorno esteve mais, ou poderia, estar associado ao maior grau de familiaridade com a doença (SOUSA et al. 2012).

Estudos mostram que a cultura e a religião também influenciam na atitude frente a um portador de transtorno mental. Zuchová (2006) ao citar Neff e Hussaini (1985) relata que quanto maior a crença religiosa, menor a tolerância para com os indivíduos com esse tipo de transtorno. Wang et al. (2003) refere que um quarto das pessoas acreditam que ir a um curandeiro ou a um membro do clero no quadro inicial da doença resolve mais do que ir ao psiquiatra, isso ocorre mesmo em países desenvolvidos. Da mesma forma que a religião e a espiritualidade podem trazer benefícios, como o apoio à família e aos portadores de transtorno mental, pode também trazer desconforto, através de rotulagens demoníacas, orientando a exorcização, e proibindo-os de receberem tratamento médico (Sainsbury Centre for mental Health, 2002, apud SCHAFER et al., 2010).

É esperado que os profissionais de saúde tenham atitudes menos estigmatizantes do que a população geral, devido ao seu conhecimento e ao contato frequente que os mesmos têm com os portadores de transtorno mental ao longo de seus cursos e carreiras profissionais. As atitudes negativas e o estereótipo nos trabalhadores de saúde influenciam negativamente quanto ao medo e a discriminação tanto dos serviços gerais de saúde como no de saúde mental (SCHAFER et al., 2010). Alguns estudos abordam esse tema com o objetivo de identificar os déficits no atendimento e reconhecer vias práticas de reduzir o estigma em profissionais de

saúde mental (NORDT et al., 2006). Em um estudo realizado por Nordt et al. (2006) comparando o estigma face ao transtorno mental entre o público geral e os profissionais de saúde, questionando-os sobre estereótipos, reconhecimento da doença e distância social, concluiu que os psiquiatras e outros profissionais da área de saúde possuem atitudes mais positivas com relação aos doentes do que a população em geral, embora, com relação à distância social, o resultado seja semelhante entre os dois grupos e que, comparando os psiquiatras aos outros profissionais de saúde, eles possuem estereótipos mais negativos. (NORDT et al., 2006).

Naeem et al. (2006) realizou um estudo com médicos e estudantes de medicina no Paquistão acerca de atitudes estigmatizantes em face ao transtorno mental, comparando-os entre si e com a população geral. Neste estudo, verificou-se que médicos e estudantes de medicina têm atitudes negativas quanto a portadores de esquizofrenia, usuários de álcool e drogas em relação à periculosidade e à imprevisibilidade, embora a estigmatização seja menor do que na população geral. Em relação à depressão, há ideias negativas quanto à previsibilidade, capacidade de falar e culpabilidade. Por fim, foi visto que os médicos eram menos propensos a ter atitudes estigmatizantes do que os estudantes de medicina (NAEEM et al., 2006).

Estudo transversal avaliou o estigma frente aos transtornos mentais em relação à disciplina de Psiquiatria do curso de Medicina em seus estudantes (ZUCHOVÁ, 2006). Encontrou-se que todos os graduandos em medicina, antes e após cursarem Psiquiatria, acreditam que os portadores deste transtorno são diferentes, confusos e instáveis, e as atitudes de ambos os grupos foram mais positivas do que a da população geral. Neste mesmo estudo, as atitudes também diferiram quanto aos grupos, sendo mais positivas nos estudantes que já cursaram a matéria de psiquiatria (ZUCHOVÁ, 2006).

Os primeiros enfermeiros psiquiátricos surgiram com o objetivo de vigiar, controlar e reprimir os doentes que eram abrigados no hospício, e permaneceram assim até começar a explorar e desenvolver a relação terapêutica com o paciente (PEDRÃO et al., 2003). Pesquisa realizada por Pedrão et al. (2003) com estudantes iniciantes e concludentes do curso de enfermagem mostrou que os alunos iniciantes traziam mais estereótipos e preconceitos que os concludentes, como o autoritarismo com relação à doença, 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 o longo do curso.

Segundo a OMS (2001), a discriminação e as atitudes estigmatizantes são os maiores obstáculos à intervenção em saúde mental e impedem as pessoas de obterem o apoio necessário para o seu tratamento, tornando-se assim, vítimas da sua doença e tendo os seus direitos

violados. Com o objetivo de diminuir o estigma e, conseqüentemente, melhorar à adesão ao tratamento de transtornos mentais, essa organização recomenda investir na educação dos profissionais de saúde e nas campanhas de informações públicas, para informar a comunidade sobre o grau, a natureza e o impacto do transtorno mental, objetivando incentivar atitudes e comportamentos mais positivos (OMS, 2001)

Alguns artigos trazem propostas de estratégias para reduzir o estigma face ao transtorno mental na população em geral e nos profissionais de saúde e, conseqüentemente, aumentar a adesão do tratamento dos portadores desses transtornos. Lopes et al. (2008) argumenta que há três estratégias para se combater o estigma, são elas: protesto, educação e contato social. Tal autor refere que a contestação social diminui a difusão de imagem negativas como estereótipo, porém não garante efeito a longo prazo (LOPES et al., 2008). Ainda nesse estudo, programas educacionais foram considerados mais úteis a longo prazo e incluem a transmissão passiva e a apresentação de casos reais, além de abordar a integração social diária das pessoas com problemas de saúde mental, a menor internalização dos pacientes psiquiátricos e maior rede de serviços comunitários, e destaca a importância da luta multissetorial, ressaltando a influência da mídia, dos professores, dos profissionais da atenção básica e, em especial, dos profissionais de saúde mental. Rosen (2006) afirma em seu artigo que há menor estigma quando o indivíduo estigmatizado tem maior inclusão ou integração social na comunidade, trabalho socialmente útil e culturalmente valorizado, maior familiaridade com a vizinhança, avaliação clínica de forma mais holística e otimismo terapêutico (ROSEN, 2006).

Schafer et al. (2010) propuseram algumas abordagens inovadoras no curso de enfermagem para o combate ao estigma, como o uso de seminários interdisciplinares, avaliações teóricas com base no cenário multicultural, cadeiras individualizadas para a reflexão e auto-conhecimento e uma abordagem mais sistemática e eficaz envolvendo usuários de serviços no treinamento. É sabido que o profissional de saúde é uma referência tanto para estudantes de saúde quanto para o doente e a comunidade, sendo o médico de família o mais próximo da população geral, ele deve estar atento a este problema, tentando diminuir o estigma através da informação e educação dos usuários da UBS, objetivando melhor cuidado e apoio aos doentes e a seus familiares (OLIVEIRA; AZEVEDO, 2014).

REFERÊNCIA

- ADEWUYA, A. O.; OWOEYE, A. O.; ERINFOLAMI, A. O.; & OLA, B. A. Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 418-427, 2011.
- AMARANTE, Paulo D. C. et al. *Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-V, 2013. Disponível em <http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-5.pdf>. Acesso em 28.06.15.
- AVANCI, R.; MALAGUTI, S.; PEDRÃO, L. Autoritarismo e Benevolência Frente à Saúde Mental: Estudo com Alunos Ingressantes no Curso de Enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 10,4, 509–15, 2002.
- CORBIÈRE, M.; SAMSON, E.; VILLOTTI, P.; PELLETIER, J.F. Strategies to fight stigma toward people with mental disorders: perspectives from different stakeholders. *Scientific World J.* 2012; 516358.
- CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53, 2002.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. Ed. Perspectiva - SP, 1978.
- GOFFMAN, E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Touchstone, 1963.
- KANTER, J. W.; RUSCH, L. C.; & BRONDINO, M. J. Depression self-stigma - A new measure and preliminary findings. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(9), 663-670, 2008.
- LIVINGSTON, J.D.; ROSSITER, K.R.; VERDUN-JONES, S.N. 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved*. Janeiro, 2011.
- LÓPEZ, M.; LAVIANA, M.; FERNÁNDEZ, L.; LÓPEZ, A.; RODRÍGUEZ, A.M.; APARICIO, A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsi*. 2008; 101:43-83.
- MUREKIAN, N.G. Representações sociais, estigma e processos de reforma psiquiátrica: Uma revisão teórica de documentos e pesquisas na interface psicossocial e política. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. Buenos Aires. 2012.
- 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; 18:46–9.

NEFF, J.; HUSSAINI, B. Lay Image of Mental Illness: Social Knowledge and Tolerance of the Mentally Ill, *Journal of Community Psychology*, 13, 1985, s.3-12.

NORDT, C.; RÖSSLER, W.; LAUBER, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 4, 709-714.

OLIVEIRA, A.R.F.; AZEVEDO, S.M (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Port Med Geral Fam.Lisboa*, Agosto 2014.

Organização Mundial de Saúde (2001). Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, Relatório sobre a Saúde no Mundo, disponível em <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>, acessado em Junho de 2015.

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.

ROSEN, A. Desestigmatizing day-to-day practices: what developed countries can learn from developing countries. *World Psychiatry*. Austrália. Fevereiro, 2006.

Sainsbury Centre for Mental Health. Breaking the Circles of Fear: a Review of the Relationship Between Mental Health Services and African and Caribbean Communities. *Sainsbury Centre for Mental Health*, London, 2002.

SCHAFER, T; WOOG, S; WILLIAMS, R. A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: implications for nurse training. *Nurse Education Today*. 2010; 31: 328-33

SILVEIRA, L.C.; BRAGA, V.A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Julho/agosto, 2005.

SOUSA S, Marques A, Curreal R, Queirós C. O estigma nos familiares de pessoas com doença mental grave: estudo exploratório com o AQ-27. Porto: F.P.C.E.U.P. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012;34(4) – 186-197.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

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

WANG, P.S.; BERGLUND, P.A.; KESSLER, R.C. Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Serv. Res.* 38 (2), 647–673, 2003.

World Health Organization & Dept.of Mental and Substance Dependence, 2002. Prevention and promotion in mental health. *World Health Organization*: Geneva.

ZUCHOVA, S. Attitudes of medical students towards people suffering from **mental** illness comparison of quantitative and qualitative experimental methods. *Studia Psychologica*, 48, 4:349-359, 2006.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NA REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

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

SUBMISSÃO ON LINE

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<http://www.educacaomedica.org.br>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração sequencial 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 ORIGINALIS

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

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

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

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

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

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

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

ESTRUTURA:

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

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto. No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

REFERÊNCIAS

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>
Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32). Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional

EXEMPLOS:

Artigo de Periódico

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

Artigo de Periódico em formato eletrônico

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

Livro

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

Capítulo de livro

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

Teses, dissertações e monografias

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

Trabalhos Apresentados em Eventos

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

RELATÓRIOS

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

REFERÊNCIA LEGISLATIVA

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

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

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

DECLARAÇÃO DE AUTORIA E DE RESPONSABILIDADE

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

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

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

ÉTICA EM PESQUISA

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

documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

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

CONFLITOS DE INTERESSE

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

3 ARTIGO ORIGINAL

3.1 FOLHA DE ROSTO ARTIGO ORIGINAL

Título: Estigma face ao transtorno mental em calouros e concludentes da Saúde da UFS

Stigma of mental illness in UFS students

Autores:

Joara Santos Almeida, graduanda em medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Endereço: Avenida Adélia Franco, 2850, Cond. Jardim América, Bl.D, 303. E-mail: joaraalmeida@hotmail.com

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

CONFLITO DE INTERESSES: “nada a declarar”.

3.2 RESUMO DO ARTIGO ORIGINAL

Objetivos: Avaliar o estigma nos alunos iniciantes e concludentes de Medicina e Enfermagem da UFS e a relação com o gênero, contato com portador de transtorno mental (TM) e quem foi esse contato.

Métodos: Estudo transversal com aplicação dos questionários sócio-demográfico e o AQ-27 para avaliação do estigma face a esses transtornos nos 171 estudantes referidos acima. Os dados foram analisados através do SPSS v. 21.0.

Resultados: As dimensões do AQ-27 comparadas entre os grupos revelou diferença com significância estatística para “periculosidade”, “segregação”, “evitamento” e “ajuda”, sendo as médias das três primeiras maiores e a da última menor nos calouros. As mulheres apresentaram média estatisticamente maior para “medo”. A média de “pena” daqueles com contato positivo foi estatisticamente maior que aqueles sem contato e quando o portador de transtorno mental foi o próprio aluno, o evitamento foi maior no “eu” em relação a “outro”.

Conclusões: Os concludentes apresentaram estigma menor do que os calouros, corroborando com a literatura e evidenciando a importância das disciplinas de saúde mental da graduação. Porém, verificou-se maior estigma de si próprio quando comparado a outros.

Palavras-Chaves: Estigma; Transtorno mental; Educação Médica; AQ-27.

3.3 ABSTRACT

Objectives: To evaluate stigma among students of the first and last grade of medical and nursing graduating courses at UFS in terms of gender, contact with patients with mental disorders and who had contact with them.

Methods: Cross-sectional study with application of socio-demographic questionnaire and the AQ-27 to evaluate the stigma dealing with these disorders in 171 students mentioned above. Data were analyzed using the SPSS v. 21.0.

Results: The AQ-27 dimensions compared between groups revealed statistically significant difference for "dangerousness", "segregation", "avoidance" and "help", being the average of the top three first and the last lower in the beginners. Women had statistically greater mean to "fear". The average "pity" of those with positive contact was statistically higher than those without contact and when the mental patients was the student himself, the avoidance was higher in the "I" in relation to "other".

Conclusions: The veterans showed less stigma than the beginners, corroborating the literature and highlighting the importance of mental health disciplines graduation. However, there was greater stigma itself when compared to others.

Key Words: Stigma; Mental disorder; Medical Education; AQ-27.

3.4 INTRODUÇÃO

O estigma face aos transtornos mentais encontra-se ainda profundamente enraizado na nossa cultura, apesar de pesquisas e programas de combate terem sido realizados nos últimos anos. O conhecimento histórico de como a loucura e a doença mental foram definidos com o passar dos anos permite melhor compreensão desse fenômeno¹, porém se faz necessária a ampliação da compreensão do mesmo por meio de pesquisas para melhor enfrentamento de questão cujo impacto prejudica diversas dimensões na vida do indivíduo portador de tal transtorno, como seu tratamento, trabalho, integração social, relação com a família e até a forma como pensa sobre si mesmo.

O transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou comportamental de uma pessoa, levando às alterações biológicas, psicológicas e de desenvolvimento relacionado ao funcionamento mental². Em torno de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de transtorno mental, 10 a 20 milhões tentam suicídio e um milhão o cometem anualmente³.

O termo “estigma” é originariamente grego e era usado na antiguidade para se referir ao corte ou à queimadura feitos na pele dos criminosos para distingui-los dos demais cidadãos e os deixavam à margem da sociedade⁴. Posteriormente, este termo foi utilizado para denominar as feridas no corpo de Cristo, designando uma conotação de sofrimento⁴. Na atualidade, essa expressão é empregada quando um grupo de pessoas realça uma característica distinta ou atribui uma marca discriminatória a outro grupo como a portadores de transtornos mentais e prejudica os seus direitos e privilégios⁵.

O estigma na saúde mental pode ser classificado de duas formas: o estigma público e o auto-estigma⁶. O primeiro é a percepção de um grupo ou da sociedade de um indivíduo como socialmente inaceitável devido a alguma característica própria, associada à desvalorização do indivíduo⁶, o que pode levar à exclusão do indivíduo em várias esferas da vida social, provocando um sentimento de inferioridade e um desejo de ocultação⁷. O auto-estigma ocorre quando esse preconceito é voltado para si mesmo e também é resultante do equívoco pela comunidade sobre a doença mental⁶.

O estigma público das doenças mentais e o auto-estigma do portador do transtorno trazem consequências desastrosas. Quem tem um transtorno mental tem também o estigma de si próprio e da sociedade o que os afastam do tratamento de diversas maneiras, como, por exemplo, eles evitam frequentar instituições de saúde mental e sessões de psicoterapia e possuem receio e crenças ruins sobre o uso de medicações psicotrópicas, sendo a estigmatização mais ainda relacionada ao uso de antidepressivos do que à frequência das sessões de psicoterapia⁸.

O comportamento discriminatório face aos portadores de transtornos mentais é maior para portadores de esquizofrenia. Seu comportamento estranho, sintomas específicos, às vezes, disruptivos e agressivos levam à crença de que são perigosos e imprevisíveis¹. Por outro lado, a influência da crença religiosa pode ser positiva ou negativa frente ao transtorno mental. Certas

vezes a religião oferece uma explicação benéfica ao portador do transtorno e, com isso, fornece conforto e apoio para o mesmo superar e enfrentar seu sofrimento. Porém, também pode trazer uma explicação maléfica, como quando recebe rotulagem demoníaca, alegando a necessidade de exorcização e pode aumentar seu conflito e dor.

Quanto ao meio da saúde, espera-se que os profissionais tenham atitudes menos estigmatizantes do que a população geral. Isso porque possuem maior conhecimento e contato frequente com os portadores de transtorno mental ao longo de seus cursos e carreiras profissionais. Quando as atitudes e estereótipos negativos vem desses profissionais há perda da possibilidade de modificação dos mesmos e, pelo contrário, há geração de medo e discriminação tanto dos próprios serviços gerais de saúde como de saúde mental⁹.

Alguns estudos abordaram profissionais de saúde e estudantes de medicina e enfermagem em relação ao estigma em portadores de transtorno mental e verificaram menor grau de estigmatização dos mesmos em relação à população geral. Um estudo transversal avaliou o estigma frente aos transtornos mentais de estudantes de medicina antes e após cursarem a disciplina psiquiatria e verificou que ambos os grupos acreditavam que os portadores destes transtornos são diferentes, confusos e instáveis, mas as atitudes de ambos os grupos foram mais positivas do que a da população geral¹⁰. Neste mesmo estudo, as atitudes também diferiram quanto aos grupos, sendo mais positivas nos estudantes que já haviam cursado a matéria de psiquiatria¹⁰.

A OMS, por sua vez, recomenda investir na educação dos profissionais de saúde e em campanhas de informações públicas para informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto do transtorno mental com o objetivo de incentivar atitudes e comportamentos mais positivos, diminuir o estigma e, conseqüentemente, melhorar a adesão ao tratamento dos transtornos mentais¹¹.

O objetivo principal desse trabalho é conhecer o estigma face ao transtorno mental em estudantes iniciantes e concludentes dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe – Campus São Cristóvão. Secundariamente, será avaliado a associação do estigma com a presença de contato e o grau de contato desses alunos. Assim, o presente estudo faz-se necessário como reforço na ampliação do entendimento sobre o estigma face ao transtorno mental de futuros profissionais da saúde para seu combate a partir de sua melhor compreensão.

3.5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo-analítico. Foi elaborado de acordo com Declaração de Helsinque (1964) e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo aos participantes o pleno direito de não aceitar participar da pesquisa ou de retirar sua permissão a qualquer momento, além da confidencialidade das informações, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos voluntários (ANEXO A).

A população foi não probabilística e voluntária constituída por 171 estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem.

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 Médica, Psicopatologia e Psiquiatria (disciplinas do curso de Medicina) e 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.

O segundo questionário é o Questionário de Atribuição-AQ 27 (ANEXO C), elaborado por Corrigan (2003) para avaliar estigma em transtorno mental, e traduzido 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 foram analisados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Os dados contínuos com distribuição normal com duas variáveis foram analisados por

meio do teste t de Student e os não normais, pelo teste Mann-Whitney U para duas variáveis, e o teste Kruskal-Wallis, para três variáveis, procedendo à ANOVA univariada para cada uma das variáveis dependentes, seguido de pós-teste de Bonferroni.

Para os dados categóricos com distribuição normal foi aplicado o teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson e, sem distribuição normal, foi utilizado o Teste Exato de Fisher.

Foram consideradas significativas as diferenças com valores de $p < 0.05$.

3.6 RESULTADOS:

Foram avaliados 171 estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem, sendo 47 alunos do curso de enfermagem, com 20 no primeiro semestre e 27 no internato, e 124 estudantes do curso de medicina, com 36 cursando o primeiro período e 88 o internato. A comparação foi realizada entre os alunos do primeiro período, total de 56, e os alunos do internato, com 115 participantes. As idades variaram entre 17 e 58 anos, sendo a média de 22,32 com desvio padrão (D.P.) de $\pm 6,96$, para os alunos do primeiro período, e $25,70 \pm 3,94$, para o internato com a diferença das médias estatisticamente significativa (Mean Whitney; $p \leq 0,001$).

Em relação ao gênero, verificou-se que os grupos de alunos não apresentaram diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 0,026$; $p = 0,87$). No quesito contato com alguém portador de transtorno mental, houve diferença da frequência entre os grupos (Teste de Fisher; $p \leq 0,001$) que foi maior nos alunos concludentes. Referente ao tipo de contato, não houve diferença com significância estatística (Teste de Fisher; $p = 0,10$) (Tabela 1).

Em seguida, as médias das dimensões do questionário AQ-27 foram comparadas entre os grupos “iniciantes” e “concludentes”. As diferenças das médias com resultado estatisticamente significativo ocorreram para “periculosidade” (Mean Whitney; $p = 0,02$), “segregação” (Mann Whitney; $p = 0,005$) e “ajuda” (Mean Whitney; $p = 0,005$), sendo que as médias das três primeiras foram maiores nos iniciantes, e a da última, nos concludentes. Nas demais dimensões as diferenças das médias não obtiveram diferença com significância estatística, apesar de terem sido maiores nos iniciantes (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 em relação ao “medo” (Mean Whitney, $p = 0,03$). As demais, “responsabilidade” (Mean Whitney; $p = 0,18$), “pena” (Mean Whitney; $p = 0,33$), “irritação” (Mean Whitney; $p = 0,76$), “periculosidade” (Mean Whitney; $p = 0,25$), “ajuda” (Mean Whitney; $p = 0,18$), “coaçoão” (Mean Whitney; $p = 0,95$), “segregação” (Mean Whitney; $p = 0,88$) e “evitamento” ($t_{(1,168)} = -0,56$; $p = 0,57$, IC 95% = -2,13 a 1,18), não obtiveram diferença estatisticamente significativa de suas médias entre os gêneros (Tabela 3).

As dimensões do questionário AQ-27 também foram avaliadas quanto ao contato ou não com pessoas portadoras de transtorno mental. A diferença das médias de “pena” (Mean Whitney; $p = 0,048$) foi significativa entre aqueles com e sem contato, sendo maior naqueles que tiveram contato. As outras dimensões não obtiveram diferença com significância estatística entre os grupos (Tabela 4).

As médias também foram avaliadas com relação a quem foi o portador de transtorno mental que o aluno teve contato. Não houve diferença estatística entre “eu”, “familiar/amigo” e “outros” na maioria das dimensões (tabela 5). Apenas a dimensão “evitamento” diferiu entre os grupos com significância estatística ($F_{(2,137)} = 3,5$; $p = 0,03$), sendo maior naqueles que responderam “eu” foi maior que “outros” ($p = 0,02$), onde a diferença média foi de $-6,62 \pm 2,52$ e IC 95% de -12,73 a -0,51. Por

outro lado, a média de “eu” não diferiu de “familiar/amigo” ($p=0,07$) onde a diferença média entre eles foi de $-5,65 \pm 2,46$ e IC95% de -11.63 a 0.32 .

3.7 DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se que os alunos concludentes eram mais velhos e tinham tido mais experiências com portadores de transtorno mental que os calouros. Este resultado é esperado pela possibilidade de exposição a pacientes dos alunos ao longo do curso, como evidenciaram os dados desse estudo. Porém, o contato com “outros” portadores de transtorno mental (pacientes, por exemplo) não foi estatisticamente significativo quando comparado ao próprio aluno e ao familiar/amigo.

Quanto às dimensões do AQ-27 entre os calouros e internos, evidenciou-se que a diferença das médias das dimensões “periculosidade”, “segregação” e “ajuda” obteve significância estatística, sendo as duas primeiras menores e a última maior nos alunos concludentes, o que aponta para uma possível redução do estigma após o aluno cursar Medicina e Enfermagem. A menor pontuação dessas dimensões de estigma pode estar relacionada à maior possibilidade de os alunos aumentarem seus conhecimentos sobre os transtornos mentais por meio de aulas teóricas e práticas que permitissem o contato com portadores de transtornos mentais, como já foi mostrado por estudos prévios sobre estigma desses transtornos. O estudo transversal de Pedrão et al. (2003) com estudantes iniciantes e concludentes do curso de enfermagem, por exemplo, também obteve mais estereótipos negativos e preconceitos nos iniciantes do que nos concludentes, como o autoritarismo com relação à doença, e ressalta a possível influência favorável da instrução acadêmica no lidar com os transtornos mentais dos alunos avaliados¹³. O trabalho de Avanci et. al. (2002) com estudantes do primeiro ano de enfermagem, também refere que a relação do professor com o aluno, na qual o professor torna-se o modelo profissional, principalmente durante as atividades práticas das disciplinas, e a forma como as matérias enfermagem psiquiátrica e enfermagem em saúde mental são estruturadas, podem interferir nas atitudes dos estudantes frente ao portador de transtorno mental, ou seja, ensinando aos alunos que se deve oferecer assistência holística ao ser humano e que foque no seu meio de trabalho, no qual as influências negativas podem ser trabalhadas, assim o aluno terá melhor desempenho no trabalho multiprofissional e será um agente terapêutico de qualidade¹⁴.

Já a diferença das médias do AQ-27 em relação ao gênero evidenciou diferença estatisticamente significativa apenas na dimensão “medo”, onde se entende que as mulheres se sentem mais inseguras do que o sexo oposto diante de portadores de transtornos mentais. As dimensões “pena”, “periculosidade”, “ajuda” e “segregação” também foram maiores no sexo feminino e “responsabilidade”, “irritação”, “coação” e “evitamento” foram maiores no sexo masculino, entretanto, não obtiveram significância estatística. Esses dados sugerem que apesar de as mulheres dos cursos de Medicina e Enfermagem da UFS se sentirem intimidadas por achar os portadores de transtornos mentais perigosos e quererem o seu afastamento social, sentem pena e estão mais predispostas a ajudá-los do que os homens. O estudo realizado por BARBOSA (2010) também demonstrou atitudes mais positivas do gênero feminino mostrando menores pontuações

nas dimensões “responsabilidade”, “irritação”, “coação”, “segregação”, “evitamento” e maiores na “ajuda”, sendo esta última estatisticamente significativa¹⁵, da mesma forma que Adewuya, A. e Oguntade, A. (2004)¹⁶. Enquanto que Addison, S. e Thorpe, S. (2004) não encontraram diferença estatística com relação ao gênero¹⁷.

A diferença da média do AQ-27 entre os grupos em relação ao contato com portadores de transtorno mental reproduziu em parte o aumento de dimensões positivas da literatura. A dimensão “pena” foi maior naqueles que tinham tido contato, como no estudo de Barbosa et al. (2010) onde a “ajuda”, outra dimensão positiva, também aumentou com o contato¹⁵. O estudo de Sousa et al. (2012) com familiares de portadores de esquizofrenia também mostrou tendência à proteção e à assistência, com médias elevadas nas dimensões “pena” e “ajuda” em relação a seus familiares¹.

Quanto a outras dimensões negativas, a literatura (BARBOSA, 2010) evidenciou menores pontuações em “irritação”, “medo”, “responsabilidade”, “periculosidade”, “coação”, “segregação” e “evitamento” em quem teve contato, o que não foi reforçado pelo presente estudo a partir da comparação de seus grupos com e sem contato¹⁵.

Enquanto que com quem o participante teve contato interferiu no “evitamento”, sendo este maior quando o próprio aluno foi o portador de transtorno mental em relação a “outro” portador. Isso pode apontar para o estigma em relação a si próprio, ou seja, o auto-estigma dos alunos de Medicina e Enfermagem da UFS para o fato de já terem recebido um diagnóstico de transtorno mental. O trabalho de Adewuya et al. (2011) mostra que o nível de auto-estigma é maior quando há um baixo nível de apoio social e sua percepção, maior durabilidade da doença e quando não possui emprego ou este tem um nível inferior a sua qualificação¹⁸.

Schafer et al. (2010) propuseram algumas abordagens inovadoras no curso de enfermagem para o combate ao estigma, como o uso de seminários interdisciplinares, avaliações teóricas com base no cenário multicultural, cadeiras individualizadas para a reflexão e auto-conhecimento e uma abordagem mais sistemática e eficaz envolvendo usuários de serviços no treinamento⁹. É sabido que o profissional de saúde é uma referência tanto para estudantes de saúde quanto para o doente e a comunidade, sendo o médico de família o mais próximo da população geral, ele deve estar atento a este problema, tentando diminuir o estigma através da informação e educação dos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS), objetivando melhor cuidado e apoio aos doentes e a seus familiares¹⁹.

3.8 CONCLUSÃO

Observou-se, através do presente estudo, que os concludentes dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, do campus São Cristóvão, apresentaram estigma face ao transtorno mental significativamente menor do que os iniciantes dos mesmos cursos. Também foi evidenciado que o contato com portador de transtorno mental esteve associado a menor estigma, como também maior medo dos portadores de transtorno mental pelo gênero feminino. Todos esses resultados corroboraram os dados da literatura e reforçaram a importância das disciplinas de saúde mental da graduação, além do contato com os pacientes no combate ao estigma dos alunos, futuros profissionais da saúde. Porém, verificou-se maior estigma de si próprio como portador desse tipo de agravamento de saúde, o que necessita ser identificado e cuidado pelos profissionais da saúde mental.

O presente estudo apresentou limitações devido ao pouco tempo disponível, como o fato de ter sido transversal em vez de longitudinal, já que desta forma os resultados poderiam ser comparados com os mesmos estudantes antes e após cursarem as matérias de saúde mental, demonstrando o real impacto das disciplinas e do contato com os pacientes portadores de transtorno mental nos alunos quanto futuro profissionais da saúde.

3.9 REFERÊNCIAS

1. Sousa S, Marques A, Curral R, Queirós C. O estigma nos familiares de pessoas com doença mental grave: estudo exploratório com o AQ-27. Porto: F.P.C.E.U.P. Trends Psychiatry Psychother. 2012;34(4) – 186-197.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-V. 2013. [Capturado em 28.06.15]; 20-21. Disponível em <http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-5.pdf>
3. World Health Organization & Dept.of Mental and Substance Dependence. Prevention and promotion in mental health. World Health Organization: Geneva; 2002.
4. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? British Journal of Psychiatry. Londres. 2007; 192-193.
5. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York: Touchstone 1963; 4-6.
6. Corrigan P W, Watson A C. The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical Psychology: Science and Practice. 2002; 9(1), 35-53.
7. Corbière M, Samson E, Villotti P, Pelletier J F. Strategies to fight stigma toward people with mental disorders: perspectives from different stakeholders. Scientific World J. 2012; 516358.
8. Kanter, J W, Rusch, L C, Brondino M J. Depression self-stigma - A new measure and preliminary findings. Journal of Nervous and Mental Disease. 2008; 196(9), 663-670.
9. Schafer T, Woog S, Williams R. A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: implications for nurse training. Nurse Education Today. 2010; 31: 328-33.
10. Zuchova S. Attitudes of medical students towards people suffering from mental illness comparison of quantitative and qualitative experimental methods. Studia Psychologica. 2006; 48, 4:349-359.
11. Organização Mundial de Saúde (2001). Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, Relatório sobre a Saúde no Mundo, [capturado em junho de 2015]. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>.
12. Corrigan P, Markowitz F, Watson A, Rowan D, Kubiak M. An attribution model of public discrimination towards people with mental illness. Journal of Health and Social Behaviour. 2003; 44, 162–179.
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. 2003; 36, 37–44.
14. Avanci R, Malaguti S, Pedrão L. Autoritarismo e Benevolência Frente à Saúde Mental: Estudo com Alunos Ingressantes no Curso de Enfermagem. Rev. Latino-am Enfermagem. 2002; 10,4, 509–15.

15. 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.
16. Adewuya A, Oguntade A. Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 2004; 42, 931-936.
17. Addison S, Thorpe S. Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 2004; 39, 228–234.
18. Adewuya A O, Owoeye A O, Erinfolami A O, Ola B A. Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*. 2011; 57(4), 418-427.
19. Oliveira A R F, Azevedo S N. Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Port Med Geral Fam*. Lisboa, Agosto 2014; 227-234.

TABELAS

Tabela 1- Dados sociodemográficos e contato com transtorno mental entre os alunos iniciantes e concludentes dos Cursos de Medicina e Enfermagem - UFS.

Variáveis	Iniciantes	Concludentes	<i>p</i>
Gênero n(%)			0.87
Masculino	28 (50)	59 (51,30)	
Feminino	28(50)	56 (48,69)	
Contato n(%)			
Sim	35 (62.5)	104 (90)	
Não	20 (35,71)	11 (9,56)	< 0,001
Quem n(%)			
Eu	0 (0)	5 (4,34)	
Familiar/Amigos	27 (48,21)	60 (52,17)	0,1
Outros	8 (14,28)	39 (33,91)	

χ^2 de Pearson; Teste Exato de Fisher.

Tabela 2–Relação das médias das dimensões do AQ-27 entre os alunos iniciantes e concludentes dos cursos de Medicina e Enfermagem - UFS.

Dimensões	Iniciantes	Concludentes	<i>p</i>
Responsabilidade	8,61 ± 4,06	8,03 ± 3,62	0,39
Pena	16,34 ± 5,02	16,68 ± 4,67	0,32
Irritação	11,48 ± 4,55	10,36 ± 5,18	0,10
Periculosidade	12,52 ± 5,46	10,52 ± 5,30	0,02
Medo	11,57 ± 6,03	9,80 ± 5,48	0,06
Ajuda	19,43 ± 5,24	21,83 ± 3,73	0,005
Coação	16,32 ± 4,29	16,18 ± 3,53	0,99
Segregação	9,32 ± 4,50	7,39 ± 4,06	0,005
Evitamento	12,18 ± 4,86	13,70 ± 5,29	0,52

Teste de Mean Whitney. Teste “t” de Student.

Tabela 3 – Relação das médias das dimensões do AQ-27 entre os gêneros masculino e feminino de alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem - UFS

Dimensões	Masculino	Feminino	<i>p</i>
Responsabilidade	8,3 ± 3,95	7,79 ± 3,55	0,18
Pena	16,25 ± 4,44	16,89 ± 5,10	0,33
Irritação	10,90 ± 5,04	10,55 ± 4,98	0,76
Periculosidade	10,84 ± 5,66	11,52 ± 5,16	0,25
Medo	9,60 ± 5,66	11,18 ± 5,67	0,03
Ajuda	20,66 ± 4,42	21,44 ± 4,40	0,18
Coação	16,25 ± 4,06	16,20 ± 3,53	0,95
Segregação	7,86 ± 4,00	8,19 ± 4,60	0,88
Evitamento	13,40 ± 5,39	13,00 ± 4,99	0,57

Teste de Mean Whitney. Test “t” de Student.

Tabela 4- Relação das médias das dimensões o AQ-27 entre a ausência ou presença do contato com portador de transtorno mental.

Dimensões	Sim	Não	P
Responsabilidade	8,28 ± 3,80	8,10 ± 3,66	0,28
Pena	16,89 ± 4,79	15,29 ± 4,55	0,05
Irritação	10,56 ± 5,08	11,39 ± 4,67	0,47
Periculosidade	11,22 ± 5,50	11,06 ± 5,18	0,82
Medo	10,47 ± 5,66	10,13 ± 6,04	0,62
Ajuda	21,39 ± 4,09	19,32 ± 5,39	0,06
Coação	16,15 ± 3,71	16,61 ± 4,19	0,60
Segregação	7,80 ± 4,19	9,13 ± 4,7	0,26
Evitamento	13,28 ± 5,17	12,97 ± 5,39	0,72

Teste de Mean Whitney. 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	<i>p</i>
Responsabilidade	8,20 ± 3,27	8,06 ± 3,95	8,70 ± 3,57	0,42
Pena	15,80 ± 5,17	17,14 ± 4,83	16,55 ± 4,73	0,63
Irritação	5,80 ± 4,66	11 ± 4,91	10,26 ± 5,25	0,05
Periculosidade	7 ± 3,54	11,32 ± 5,12	11,49 ± 6,22	0,19
Medo	6,40 ± 3,65	10,49 ± 5,35	10,85 ± 6,28	0,24
Ajuda	22,60 ± 1,52	21,44 ± 3,78	21,17 ± 4,79	0,84
Coação	12,40 ± 3,21	16,47 ± 3,68	15,96 ± 3,66	0,08
Segregação	4,60 ± 1,52	7,80 ± 4,08	8,13 ± 4,48	0,18
Evitamento	19,00 ± 6,44	13,35 ± 5,04	12,53 ± 4,99	0,03

KrusKal Wallis Test. Teste ANOVA seguido de pós-teste de Bonferroni.

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

Quem	Diferença média± EP	IC 95%	<i>P</i>
Evitamento			
Eu vs Familiar/Amigo	-5,65±2,46	-11,63 a 0,32	0,07
Eu vs Outros	-6,62±2,52	-12,73 a -0,51	0,02
Familiar/Amigo vs Outros	-0,97±0,97	-3,32 a 1,39	0,96

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

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

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

Aracaju, _____ de _____ de _____

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

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

Parte I

Sexo

Masculino Feminino

Idade

anos

Período que frequenta _____

Já cursou uma das seguintes matérias abaixo:

Medicina- Psicologia Médica, Psicopatologia e Psiquiatria

Psicologia- Psicofarmacologia, Psicopatologia I e Psicopatologia II

Enfermagem- Psicologia Geral e Enfermagem Psiquiátrica

Sim Não

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

Sim Não

Se sua resposta foi sim, quem?

Eu mesmo Familiar ou amigo Outro

ANEXO C

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

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

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

1. Eu iria sentir-me incomodado pelo José.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
nada								muito

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

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

3. O José iria assustar-me

1	2	3	4	5	6	7	8	9
nada								muito

4. Até que ponto ficaria zangado com o José?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
nada								muito

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9
nada								muito

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9
nada								muito

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nada provável								Muito provável

8. Eu estaria disposto a conversar com o José sobre os seus problemas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
nada								muito

9. Eu iria sentir piedade pelo José.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

nenhuma

muita

10. Eu iria pensar que o José é o culpado da sua condição atual.

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Não, não concordo em nada

Sim, concordo muito

11. Até que ponto acha que é controlável a causa da situação actual do José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nada depende do controle pessoal

Completamente depende do controle pessoal

12. Até que ponto se sentiria irritado com o José?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

nada

muito

13. Até que ponto sentiria que o José é perigoso?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

nada

muito

14. Até que ponto concorda que o José deveria ser forçado a tratar-se com o seu médico mesmo que ele não o quisesse?

1 2 3 4 5 6 7 8 9

nada

muito

15. Eu penso que seria melhor para a comunidade onde o José está inserido, se 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?

ANEXO D

• Re: Fw: Fwd: Contato sobre o AQ-27

To Helena de

Cara Helena

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

Sara de Sousa

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

Prezada Sara Sousa.

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

Cordialmente.

Helena Pinho de Sá

Professora Assistente de Psiquiatria

Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Médica especialista em Psiquiatria e Neurologia

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