

# CADERNOS DE PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL

# 0

MANUEL JOÃO QUARTILHO (COORD.)

HELDER ALMEIDA

ISABEL FAZENDA

ISABEL GIL

LINDA FERNANDES

MARIA DE FÁTIMA SOUSA

NUNO CARRILHO

RITA ALCAIRE

IMPrensa DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

# Estigma e doença mental

Isabel Gil

**Isabel Gil<sup>19</sup>**

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Resumo**

Reconhecendo que os estigmas imputados às perturbações mentais se foram mantendo ao longo dos tempos e admitindo que os estudantes de Enfermagem partilham dessas atitudes estigmatizantes, este estudo tem como objetivos avaliar as crenças e atitudes dos estudantes acerca dos doentes e doenças mentais e o efeito do contacto (ensino clínico) nessas crenças e atitudes.

É um estudo de cariz pré-experimental.

Como instrumentos de colheita de dados foram utilizado o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) e a Versão portuguesa traduzida e adaptada da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMIS).

A comparação dos resultados nas crenças e atitudes, antes e após o ensino clínico, revela um efeito estatisticamente significativo mais patente na crença na incurabilidade e atitude de restrição social. Conclui-se, então, perante estes resultados, que o ensino clínico contribui para uma perspetiva mais positiva em relação às crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem.

**Palavras-chave:** Atitudes; Crenças; Estudantes de Enfermagem; Ensino clínico.

**Abstract**

Recognizing that stigma attributed to mental disorders has held up over time and assuming that the nursing students share these stigmatizing attitudes, this study aims to assess the students' attitudes and beliefs about patients and mental illness and the effect of clinical teaching in these beliefs and attitudes.

It is a pre-experimental type of study.

The Inventory of Beliefs about Mental Illness and the translated and adapted Portuguese version of the Scale of Opinions about Mental Illness were used as data collection instruments.

The comparison of the results in beliefs and attitudes, before and after the clinical teaching, reveals a significant statistical effect present in the belief of incurability and attitude towards social restriction. Therefore, given these results, the clinical practice contributes to a more positive outlook concerning to beliefs and attitudes of nursing students.

**Keywords:** Attitudes; Beliefs; Nursing students; Clinical teaching

---

<sup>19</sup> Professora adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria; mestre em psiquiatria cultural. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

## Introdução<sup>20</sup>

Os indivíduos desenvolvem, desde a infância, crenças sobre si próprios, sobre os outros e sobre o mundo, isto é, verdades absolutas que os conduzem no seu quotidiano.

As crenças vão modelar as atitudes. Por sua vez, a atitude, como refere Luísa Lima (1997), funciona como mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos. Neste seguimento, à forma de agir corresponderia a atitude motora e à forma de pensar corresponderia a atitude mental.

O mesmo autor considera, ainda, que as crenças fornecem o suporte para defender a posição atitudinal proporcionando, desta forma, a informação que o indivíduo teria disponível acerca do objeto e face à qual se poderia associar uma probabilidade de veracidade. Neste contexto, as atitudes seriam suportadas pelas crenças e estas constituiriam a sua componente cognitiva.

Vala e Monteiro (1996) salientam que as atitudes têm uma forte ligação com os comportamentos, referem-se ao campo da ação e não são diretamente observáveis, têm origem nas experiências subjetivas, são quase sempre referidas a um objeto social, incluem sempre uma dimensão afetivo-avaliativa e são aprendidas.

Os dados provenientes da investigação sugerem exatamente o que foi referido, isto é, as atitudes resultam da aprendizagem e são amplamente influenciadas pelas experiências individuais e pelo contexto social em que ocorrem (Cardoso, 2003).

As origens das atitudes são, pois, fortemente culturais na medida em que tendemos a assumir atitudes que prevalecem na cultura em que crescemos, nomeadamente, dentro da estrutura familiar.

Um dos motivos de interesse na abordagem das atitudes está, como menciona Elisabete Oliveira (2007), na possibilidade de prever o comportamento, em determinadas situações.

As doenças mentais que desafiaram ao longo dos tempos a filosofia, a religião e a ciência continuam, na atualidade, a constituir um desafio para as ciências sociais e humanas. Nesta perspetiva, Michel Foucault (2007) considerou como facto inquestionável que a doença mental esteve sujeita, mais do que qualquer outra doença, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses económicos, à história. Deste modo, cada período histórico acentua a complexidade de atitudes e de concepções que coexistem e que dão sentido ao fenómeno da loucura e da doença mental.

Corroborando esta ideia, Pichot e Fernandes (1984: 318) afirmam que a história da psiquiatria ilustra bem este processo de reações pessoais, sociais e culturais à loucura:

( ) a história das «doenças mentais» enlaça-se intimamente com a história das civilizações e das culturas. Daí a constante contaminação com toda a sorte de concepções (e de práticas), mágicas, míticas, místicas, supersticiosas, doutrinárias, ideológicas e mitofílica.

---

20 Texto realizado com base na tese de Mestrado "Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria", apresentada no âmbito do I Mestrado em Psiquiatria Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, orientada pelo Professor Doutor José Carlos Santos e coordenada pelo Professor Doutor Manuel João Quartilho.

Com o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (2008) considerou-se o nível de saúde mental e bem-estar da população como componente chave para o sucesso da União Europeia como sistema económico e social baseado no conhecimento. Neste contexto, o Pacto fomenta a recolha sistemática de dados na população e o incentivo à investigação epidemiológica sobre as causas, determinantes, implicações da saúde e da doença mental, intervenções e boas práticas, tanto dentro como fora dos sector sanitário e social. Alerta, ainda, entre outros aspetos, para a necessidade de desenvolver serviços de saúde mental que estejam bem integrados na sociedade, que considerem a pessoa como prioridade e trabalhem de forma a evitar o estigma e a exclusão facilitando a monitorização das tendências e atividades dos estados-membros e dos diferentes parceiros sociais e outros intervenientes e, de igual modo, ajudar na divulgação das recomendações sobre as ações mais eficazes na resposta aos temas prioritários.

O estigma, que provém do medo do desconhecido e de falsas crenças, leva a uma falta de compreensão do problema. Por este motivo, o Relatório sobre a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (2007), assim como outros documentos de referência neste domínio, apontam para a necessidade de realizar estudos que avaliem as crenças, atitudes e representações relativamente aos doentes e doenças mentais dada a reprodução de imagens distorcidas acerca das doenças do foro mental e psiquiátrico que ainda permanecem. Os doentes mentais continuam a ser vistos como imprevisíveis, violentos e perigosos sendo diversos os estudos que o confirmam, Scull (1981); Pichot (1983); Link & Cullen (1983); Ayesteran & Paez (1986); Skinner *et al.* (1992); Johnson & Orrel (1995); Whaley (1997); Phelan *et al.* (2000); Hirai & Clum (2000); Angermeyer *et al.* (2004); Loureiro (2008).

Scheffer Rena (2003) refere-se às pesquisas que analisam as atitudes e crenças do público acerca dos doentes mentais e que revelam opiniões negativas sobre a previsibilidade e a perigosidade bem como uma visão negativa relativamente à capacidade de tomada de decisão. Os mitos sobre a relação entre a violência e a doença mental contribuem para os medos exagerados de perigosidade, relutância em procurar ajuda, exclusão à habitação, emprego e apoio social.

É notório que as doenças mentais ainda são percebidas como um sinal de fraqueza sendo que a resposta adaptativa passa pela vergonha e o segredo. Prova disso, são os resultados de um estudo realizado em 156 países em que metade dos cônjuges de pessoas sujeitas a um primeiro internamento numa instituição psiquiátrica relataram envidar esforços no sentido de esconder a doença e o internamento dos seus parceiros (Phelan *et al.*, 1999). O sigilo, todavia, atua como um obstáculo para o tratamento das doenças mentais em todas as fases.

Patrick Corrigan (2004) salienta que a subutilização dos serviços de saúde mental e a cessação antecipada dos tratamentos são, em grande parte, atribuídos ao estigma que, como destaca Erving Goffman (1980), é entendido como uma diferenciação pejorativa que é indesejada e implica uma intolerância grupal. O estigma prejudica não apenas a situação social presente do indivíduo mas, igualmente, as relações previamente estabelecidas bem como a imagem futura constituindo-se, deste modo, como um atributo negativo poderoso em todas as relações sociais.

A estigmatização resulta não só das atitudes da população em geral, mas também dos familiares e mesmo dos profissionais de saúde (Corrigan *et al.*, 2001, 2004; Loureiro, 2008).

Sobre este assunto, Sandra Oliveira (2009) reforça que existem variadíssimas referências que apontam a associação entre atitudes de cariz estigmatizante entre os profissionais de saúde e sentimentos por eles vivenciados que incluem impotência e superficialidade, frequentemente relacionadas com alguma resistência ao estabelecimento de um tratamento clínico adequado. Outras correlações têm sido averiguadas, como as atitudes negativas e uma formação profissional inadequada ou insuficiente, ou ausência de formação e atualizações especializadas em doença mental.

O estigma é constituído por três problemas relacionados entre si (Thornicroft *et al.*, 2008):

- O problema do conhecimento: ignorância (literacia);
- O problema das atitudes: preconceito;
- O problema do comportamento: discriminação.

As pessoas com doença mental antecipam a rejeição e a discriminação impondo-se uma forma de auto-estigma.

As estratégias para diminuir o impacto do estigma têm sido agrupadas, como mencionam Watson e Corrigan (2005), mediante a sua relevância quer para o estigma público quer para o auto-estigma. Neste contexto, serão abordadas as estratégias que se podem evidenciar importantes no sentido de modificar os estereótipos e preconceitos e que levem à adoção de crenças de saúde que visem a adesão permanente aos cuidados de saúde/serviços psiquiátricos.

As diferentes abordagens para mudar o estigma público, tal como referem Corrigan e Penn (1999), foram agrupadas em três processos de mudança: protesto/denúncia, educação/sensibilização e contacto.

As estratégias de protesto/denúncia surgem contra a injustiça dos estigmas específicos conduzindo ao apelo moral de modo a mudar a forma de pensar do público, que se refere com vergonha e ideias desrespeitosas em relação às pessoas com doenças mentais. Muitas organizações de defesa cívica recorrem a esta estratégia com ações de grande impacto junto dos meios de comunicação social. Contudo, se por um lado o protesto/denúncia pode ser eficaz, por outro, pode reforçar o estigma público pelo que deve ser usado criteriosamente. Os debates televisivos e alguns programas sensacionalistas mostram, frequentemente, uma versão unilateral e negativa dos possíveis efeitos secundários causados por algumas formas de tratamento, não revelando os tratamentos bem-sucedidos, que permitem que milhões de pessoas com doenças mentais retomem as suas vidas normais.

As abordagens educativas, sustentadas na evidência, contribuem para promover a literacia em saúde mental e, concludentemente, potenciam a reflexão e a mudança de atitudes. Mostram-se, ainda, essenciais à desconstrução de crenças negativas associadas às doenças mentais e conduzem ao desenvolvimento de competências de identificação e reconhecimento de fatores de risco relacionados com determinados transtornos mentais. É de salientar, porém, que a sua ação parece ser restrita no tempo (Oliveira, Carolino e Paiva, 2012).

Numa pesquisa efetivada por Corrigan *et al.* (2001) é evidenciado que existe uma forte correlação entre os sentimentos de medo revelados e o nível de distância social do público em relação à doença

mental devido à raridade dos contactos. Consequentemente os autores defendem que a abordagem perante esta realidade implica a intensificação da familiaridade do público com as pessoas com experiência de doença mental como forma de combater o estigma e a discriminação.

Corrigan e Penn (1999) destacam, neste sentido, que o contacto com pessoas com doenças mentais produz melhorias significativas nas atitudes, baseando-se nos dados de pesquisas que revelam que os membros do público em geral que estão mais familiarizados com estes doentes são menos propensos a apoiar atitudes preconceituosas. De facto, vários são os estudos que têm demonstrado uma relação inversa entre o contacto com a doença mental e o estigma (Link & Cullen, 1986; Penn *et al.*, 1999; Holmes *et al.*, 1999; Penn *et al.*, 2004).

Peter Huxley (1993) relembra que o estigma da doença mental já existia muito antes da psiquiatria e, que em muitos casos, a psiquiatria não ajudou a reduzir os estereótipos e as práticas discriminatórias. Identifica, igualmente, o contacto direto com as pessoas com doença mental como fator chave para reduzir as crenças irracionais.

Outros estudos reforçam a existência de uma forte redução do preconceito e a promoção de atitudes positivas em relação às pessoas com doença mental mas, principalmente, quando o contacto envolvia uma relação face-a-face (*in vivo*) e em contextos de trabalho ou institucionais (Corrigan *et al.*, 2001; Read & Harre, 2001; Pinfold *et al.*, 2003).

Atualmente, os governos de todo o mundo reconhecem a necessidade de atender às questões de saúde mental, particularmente a importância da deteção precoce bem como o impacto dos problemas de saúde mental no trabalho e na produtividade. Deste modo, compete aos organismos comunitários agir de molde a promover a inclusão das pessoas com doença mental o que obriga a uma série de mudanças que abrange sectores governamentais e não-governamentais onde se incluem intervenções para as populações locais com campanhas de sensibilização direcionadas a grupos específicos.

Neste enquadramento, novas abordagens para divulgar informações das pesquisas contra o estigma precisam de ser desenvolvidas e avaliadas.

Os efeitos das três estratégias para mudar as atitudes estigmatizantes – educação/sensibilização, o contacto e o protesto/denúncia foram examinados num estudo realizado por Corrigan *et al.* (2001), com uma amostra de 152 estudantes de um colégio de Chicago, aleatoriamente designados para uma das três estratégias ou de um grupo de controlo. Os resultados mostraram que a educação melhorou as atribuições ao nível dos grupos específicos: psicose, depressão, dependência de cocaína e debilidade mental. O contacto produziu mudanças positivas que excederam os efeitos da educação nas atribuições específicas: depressão e psicose. O protesto/denúncia não resultou em mudanças significativas nas atribuições em nenhum dos grupos.

Read e Harre (2001) também reforçam que os programas anti-estigma devem focar-se no aumento do contacto porque o “fator contacto direto com as pessoas com doença mental” revelou melhores resultados na mudança de atitudes do público.

Num outro estudo levado a cabo por Pinfold *et al.* (2003) com uma população de 472 estudantes do ensino secundário verificou-se que os indivíduos que tiveram contacto com pessoas com doença mental apresentaram atitudes mais favoráveis.

Um estudo recente sobre doenças mentais realizado pela União Europeia reconhece na luta contra este estigma uma área importante de trabalho nos países europeus esclarecendo a necessidade de combater este estigma e promover medidas apropriadas nas políticas nacionais sobre doenças mentais (Santorius, 2007).

Contudo, entre os aspetos que não podem ser desvalorizados perante a mudança de rumo dos serviços de saúde mental para a comunidade estão as questões relacionadas com as qualificações e formação dos profissionais de saúde.

Sobre este assunto diz-nos Jaime Milheiro (1987: 27):

Vários pontos fundamentais têm de ser ponderados quando se tenta passar duma psiquiatria de tipo hospitalar para outra do tipo comunitário. Além da necessidade de criar novas estruturas e novas formas de funcionar, há, paralelamente, modificações profundas a estabelecer nas já existentes e na atitude interna dos técnicos perante a patologia psiquiátrica.

Para que o enfermeiro desenvolva as suas atividades profissionais com competência torna-se, pois, essencial que detenha uma formação adequada que o capacite a exercer funções complexas nos sistemas de saúde.

Sendo a construção da identidade um processo de carácter eminentemente relacional, importa considerar como os fenómenos estruturais de ordem macrossociológica afetam as atitudes e os comportamentos dos estudantes e o papel que é atribuído a estes mesmos estudantes de enfermagem.

A integração da enfermagem no Ensino Superior foi entendida como uma forma de reconhecimento científico, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e abriu as portas para a investigação e a produção de conhecimento específico. De facto, o aumento das qualificações académicas e profissionais dos enfermeiros e dos processos de conhecimento sobre a enfermagem contribuiu para o maior reconhecimento social da profissão.

Atualmente, a formação inicial em enfermagem desenvolve-se no contexto teórico/teórico-prático e de prática laboratorial na escola e em ensino clínico nos contextos de prestação de cuidados. O contexto teórico, mais académico, possibilita as aprendizagens que se podem fazer exteriormente à situação do exercício profissional. Por seu lado, os ensinamentos clínicos, realizados em serviços hospitalares ou Centros de Saúde, apresentam-se como os locais privilegiados de contacto com a prática profissional que ocorre de forma acompanhada.

Numa convergência com Lina Antunes (2004) pode-se afirmar que o percurso académico e integrado nas experiências de ensino clínico parecem constituir um dos eixos mais estruturantes da identidade profissional, na medida em que os estudantes se apropriam das normas, valores e funções que regem o funcionamento da vida do grupo profissional e das relações com a sociedade em geral. Para esta autora é, ao longo do ensino clínico, que a socialização profissional assume duas funções essenciais: favorecer a adaptação de cada estudante à vida profissional e contribuir para a manutenção de um certo grau de coesão entre os membros do grupo.

Mas, o processo de socialização não se opera no vazio, implica uma transmissão cultural. No caso específico da enfermagem, as estruturas de saúde constituem contextos de aprendizagem carregados de simbolismos, significações, saberes e poderes onde se movimentam diversos atores: o conjunto de profissionais de saúde, os docentes orientadores do ensino clínico, os estudantes em formação e os utentes, cada um deles com posições e objetivos diferenciados (Carapinheiro, 1998).

De um modo geral, os ensinamentos clínicos constituem contextos curriculares bastante valorizados pelos estudantes, que os consideram como muito gratificantes, por constituírem momentos do percurso formativo onde se passa da teorização à visualização e operacionalização de procedimentos, ainda que se efetuem mediante a supervisão quer dos profissionais da instituição quer dos docentes da escola.

A evolução dos conceitos de saúde e doença, a representação da saúde mental e as estratégias de cura estão relacionados, como já foi referido anteriormente, com os correspondentes paradigmas de cada época e têm as suas origens nos primórdios da civilização. Desta forma, a caracterização histórica e sociológica da prestação de cuidados de saúde mental assume uma especificidade e uma evolução próprias que, em saúde mental e psiquiatria permitem garantir, nos dias de hoje, a oferta de respostas diferenciadas e de qualidade, distantes das existentes no passado.

Acompanhando a evolução na assistência às pessoas com transtornos mentais ocorreu também uma transformação ao nível das práticas de enfermagem psiquiátrica. Terra *et al.* (2006) remetem-nos para a necessidade de os enfermeiros repensarem os seus saberes e as suas práticas, reavaliando as suas atitudes e proporcionando cuidados centrados no ser humano.

Durante a sua formação o enfermeiro aprende novos conhecimentos e treina habilidades, competências e atitudes que, com o recurso aos instrumentos de enfermagem, lhe permite atuar perante as necessidades do utente no sentido de prevenir, atenuar ou corrigir os transtornos mentais (Mendes *et al.*, 2002) reforçam que os cuidados a prestar às pessoas com problemas mentais exigem, não só uma preparação generalista mas, também, uma preparação especializada na medida em que só a formação diferenciada facilita a aquisição de competências capazes de permitir uma resposta eficaz às exigências de saúde de todos os cidadãos.

Presentemente, o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria assume um papel terapêutico cujas ações assentam no relacionamento estabelecido com o doente a partir da compreensão dos seus comportamentos e da sua aceitação como ser humano. Isto implica que o enfermeiro de psiquiatria possua conhecimentos científicos e competências pessoais e profissionais para o desempenho desse papel.

Ao enfermeiro que desenvolve a sua atividade profissional no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria é exigido um papel de relevo no seio da equipa multidisciplinar.

### **Impacto da formação sobre as crenças e atitudes acerca das doenças e doentes mentais**

Colocando o foco nas crenças e atitudes dos estudantes do ensino superior e, como é mencionado por Sandra Oliveira (2005), foi a partir dos finais da década de 1950 que foram construídos e testados importantes instrumentos de medição e avaliação de atitudes, dos quais são destacados

pela referida autora: Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI) de Gilbert e Levinson's (1957); The Stars Abstract de Nunnally (1961); Opinion about Mental Illness Scale (OMIS) de Cohen e Struening's (1962); Attitude Toward Mental Illness (ATMI) de Froemel e Zolik's (1967); Community Attitudes to the Mental Illness Inventory (CAMI) de Taylor e Dean (1981).

Será dada primazia aos trabalhos que estudam o impacto que a frequência de Cursos Superiores e, em especial, o Curso de Licenciatura em Enfermagem exerce sobre os estudantes no que respeita às suas atitudes e crenças sobre a doença mental.

Assim, é de fazer referência a um estudo clássico realizado por Costin e Kerr (1962) em que a OMIS foi utilizada em dois tempos distintos, antes e depois de um Curso em "Abnormal Psychology" e cujos resultados revelaram que os estudantes dos níveis mais avançados expressavam menores níveis de autoritarismo, isto é, opiniões acerca do doente mental como pertencente a uma classe de pessoas inferiores às pessoas ditas "normais"; menores níveis de restrição social, em que o doente mental surge como uma pessoa perigosa para a sociedade implicando que a sua liberdade seja condicionada durante e após a sua hospitalização e mais crentes na etiologia interpessoal como fator causal da doença mental, ou seja, de que a doença mental resulta de más experiências interpessoais, como a falta de atenção e amor parental.

Wes Shera e Delva-Tauiiili (1996), Gerhart (1985), Atwood (1982), Werrbach e Depoy (1993) referenciados por Wes Shera e Delva-Tauiiili (1996) propuseram-se a avaliar o efeito das ações especiais de formação em psicopatologia nas atitudes dos estudantes de Serviço Social. Deste modo, constituíram uma amostra com dois grupos de estudantes do segundo ano do referido curso, ambos participantes num programa de intervenção especializado e, um outro grupo de controlo, constituído por estudantes do segundo ano do mesmo curso, mas não integrados em qualquer programa de formação especial. Com base nos resultados obtidos, os autores salientaram a eficácia dos programas de formação no sentido de promover atitudes mais favoráveis, sendo notórias as mudanças em atitudes específicas, tais como: a expectativa dos profissionais quanto ao sucesso das medidas de intervenção e tratamento que se revelou mais positiva. Também as crenças relativas à imprevisibilidade e perigosidade se revelaram menos intensas, logo, menos estigmatizantes.

Penn *et al.* (1999), num estudo em que pretenderam identificar os métodos de redução do estigma diretamente associado aos indivíduos portadores de esquizofrenia, recorreram a uma amostra de 182 estudantes do Instituto de Tecnologia de Illinois e, dos resultados deste estudo, destaca-se o facto de fatores contextuais, como o contacto com a doença mental e o tipo de informação sobre as doenças, poder afetar a perceção de perigosidade ou dos comportamentos violentos destes doentes.

Para estudar as atitudes de procura de ajuda e atitudes perante a doença mental, Leong e Zachar (1999) utilizaram a escala "Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help" (ATSPPH) de Fischer e Turner (1970) e a OMIS, numa amostra de 290 estudantes que frequentavam a disciplina de Introdução à Psicologia. Dos resultados do estudo tornou-se evidente que uma atitude mais positiva perante a ajuda profissional está associada a uma opinião mais benevolente.

Num outro estudo realizado por Holmes *et al.* (1999), foi utilizada a OMIS, com a intenção de medir as atitudes perante a doença mental, sendo utilizados os itens das dimensões: autoritarismo, benevolência e restrição social. Os resultados sugerem que os efeitos da educação, grau de conhecimento com a doença mental, têm influência nas atitudes de benevolência e de restrição social, mantendo-se inalterada a dimensão autoritarismo.

Corrigan *et al.* (2001) procuraram estudar a familiaridade a distância social perante as pessoas que sofrem de doença mental severa, partindo de uma amostra de 208 estudantes. Foram utilizados três instrumentos de medida: o “Level of Contact Report” (LCR); o “Perception of Dangerousness and Fear Questionnaire” e a “Social Distance Scale”. Os resultados evidenciam que quanto mais familiarizadas as pessoas estão com a doença mental, menor é a perigosidade. A familiaridade encontra-se inversamente associada com a distância social, isto é, os indivíduos mais familiarizados apresentam menor distância social. Também não se encontrou uma associação significativa entre a familiaridade e o medo. A percepção de perigosidade é alta e positivamente relacionada como preditor do medo que, por sua vez, está positivamente associado à distância social, o que significa que quanto maior o medo, maior a distância social e evitamento dos doentes mentais.

As conclusões deste estudo apontam para a necessidade de uma intervenção ao nível de campanhas de redução do estigma associado às doenças mentais, aumentando a familiaridade através da interação entre os doentes mentais e o público em geral.

No Brasil, foi realizado um estudo por Pedrão *et al.* (2003), numa amostra de estudantes do curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, em que a OMIS foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa. A amostra incluiu 68 estudantes recém-chegados à Universidade e 73 que frequentavam o último semestre do referido curso e o objetivo do estudo consistia em avaliar a influência da instrução académica nas atitudes perante a doença mental.

De referir que, no Brasil, a versão da OMIS se designa «Opiniões sobre a Doença Mental» (OMD), foi traduzida e validada para a população brasileira por Rodrigues, em 1983. Do estudo de validação resultaram sete dimensões, mais duas do que as da escala original de Cohen e Struening (1962), que continha cinco dimensões, que o autor designou por *etiologia de esforço mental*, que reflete a ideia de que a doença mental tem origem no excessivo “esforço cerebral”, resultante do trabalho intelectual exagerado e, *visão minoritária*, que traduz o conceito de que o doente mental, por ser muito diferente das pessoas tidas como normais, pode ser facilmente reconhecido num grupo, atendendo à sua aparência externa.

Os resultados deste estudo realçam que as atitudes mais positivas face à doença mental são constatadas nos finalistas do referido curso, o que sugere a influência que a formação académica pode ter na “mudança” de atitudes.

Num estudo concretizado por Emrich *et al.* (2003), com uma amostra constituída por 38 estudantes de Enfermagem, com o objetivo de verificar se havia diferenças nas atitudes dos sujeitos inquiridos, antes e após a formação, concluiu-se que a exposição dos estudantes a informação factual

sobre psicopatologia em que é, igualmente, promovida a oportunidade de interação direta com indivíduos portadores de doença mental, afetou positivamente e de forma significativa as atitudes destes estudantes relativamente às pessoas com doenças mentais.

Reinke *et al.* (2004), num estudo em que se procurava alterar algumas das variáveis clássicas dos estudos anteriores, os investigadores examinaram a forma como o contacto com a doença mental é experimentado e o nível de desconfirmação dos estereótipos perante a doença mental. A amostra era constituída por um total de 164 estudantes, com uma média de idades de 27.7 anos e foi utilizada uma escala de distância social, antes e depois da frequência de um programa que inclui cinco condições experimentais: grupo de controlo; contacto *in vivo* com moderada desconfirmação; contacto por vídeo com moderada desconfirmação; contacto por vídeo com nenhum nível de desconfirmação; contacto por vídeo com elevada desconfirmação. Os resultados indicam que o nível de contacto com a doença mental tem um efeito potencial na mudança de atitudes, revelando que o contacto frequente com os indivíduos com doença mental ajuda a desconfirmar o estigma.

Também no estudo levado a cabo por Surgenor *et al.* (2005), com uma amostra constituída por 164 estudantes de Enfermagem do 1.º e do 3.º ano de uma escola da Nova Zelândia se concluiu que os sujeitos que estavam a iniciar a sua formação exibiam atitudes mais negativas do que os do 3.º ano que já eram detentores da formação teórica e prática (ensino clínico).

Num outro estudo realizado por Madianos *et al.* (2005), com o objetivo de demonstrar a importância da formação académica na mudança de atitudes dos estudantes de Enfermagem face a pessoas com doenças mentais, antes e após a conclusão da unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (que incluía 40 horas de formação teórica e 90 horas de ensino clínico), os autores concluíram que a referida formação influenciou positivamente as opiniões dos estudantes, tendo-se verificado, por um lado, uma redução relativamente ao autoritarismo e às crenças discriminatórias e, por outro, uma visão mais positiva acerca da integração social, revelando uma visão mais humanitária na integração destes sujeitos na comunidade. Deste modo, é sugerido pelos autores do estudo que a formação efetiva dos estudantes em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e, em concreto, a experiência enriquecedora proporcionada pelo ensino clínico, no contacto direto com pessoas portadoras de doença mental, parece traçar um caminho na direção de mudanças positivas nas atitudes.

Ainda com o objetivo de estudar a influência da formação teórica e prática na mudança das atitudes dos estudantes, Markstrom *et al.* (2009) realizaram um estudo longitudinal com 1001 estudantes dos Cursos de Enfermagem, Terapia Ocupacional e de Medicina de seis Universidades da Suécia com a finalidade de avaliar o nível de familiaridade e com a doença mental e as atitudes face à doença mental. Os dados foram colhidos em dois momentos diferentes, isto é, antes da unidade teórica e após o ensino clínico e, os resultados mostraram que, no final do ensino clínico, se verificou uma mudança nas atitudes face aos doentes mentais, no sentido de se tornarem menos estigmatizantes. Perante estes resultados, os autores concluíram que o ensino clínico, incluído nos programas universitários, promove uma mudança nas atitudes provavelmente devido à interação com pessoas com doenças mentais e à experiência dos supervisores/orientadores.

Num estudo recente efetivado por Inês Francisco (2010), com o intuito de avaliar a percepção dos estudantes de Enfermagem face à doença mental, conclui-se que a educação em saúde mental e a experiência em ensino clínico mudaram significativamente, de forma positiva, as percepções dos estudantes de Enfermagem face a pessoas com doença mental, todavia, conhecer alguém com doença mental não produziu alterações significativas nas atitudes destes estudantes.

Embora não estude o impacto que a frequência dos estudos superiores exerce sobre os estudantes relativamente às crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais, parece importante fazer referência ao estudo realizado por Luis Loureiro (2008), numa amostra de 834 indivíduos, em que os instrumentos de colheita de dados foram: Questionário sócio-demográfico; nove vinhetas adaptadas da metodologia de Star (1955); a OMIS (Cohen e Struening, 1962); uma versão adaptada do Level of Contact Questionnaire – LCQ (Corrigan *et al.*, 2001); Inventário de Crenças acerca da Doença Mental – ICDM (Loureiro *et al.*, 2006); Social Distance Scale – SDS (Kirmayer *et al.*, 1997); Questionário de causas da doença mental – QCDM; questões acerca das consequências das doenças mentais e mecanismos de intervenção social. Desta investigação destaca-se que, relativamente às crenças e atitudes perante os doentes e as doenças mentais, se indicia um grau de aceitação e tolerância elevado, ainda que ancoradas por mitos como a incurabilidade e perigosidade. A distância social é elevada nos itens que implicam maior proximidade de relacionamentos, especificamente ao nível das relações familiares, aparecendo associada a visões estereotipadas dos doentes mentais como incuráveis e perigosos. Fatores como a exposição e nível de contacto/familiaridade com a doença mental não se constituem como condição capaz de influenciar substancialmente crenças e atitudes nem distância social.

É de realçar, igualmente, que as análises estatísticas mostram, por um lado, que as atitudes mais autoritárias estão sobretudo associadas às crenças na incurabilidade e perigosidade e, por outro, que as atitudes mais benevolentes e tolerantes estão associadas a um maior reconhecimento da doença.

## Metodologia

Dada a escassez de trabalhos empíricos na área de investigação com estudantes de Enfermagem em Portugal, optou-se pela realização de um estudo pré-experimental que compreende as seguintes questões de investigação:

- a) Quais as crenças acerca das doenças e doentes mentais manifestadas pelos estudantes de Enfermagem do 3.º ano antes de iniciar e depois de terminar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria?
- b) Quais as atitudes acerca das doenças e doentes mentais manifestadas pelos estudantes de Enfermagem do 3.º ano antes de iniciar e depois de terminar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria?
- c) Qual a relação entre crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca das doenças e doentes mentais?

A amostragem foi realizada a partir da população acessível dos estudantes do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem a frequentar uma Escola de Enfermagem da Região Centro de Portugal Continental no ano de 2010.

Entregaram-se inicialmente 140 questionários a todos os estudantes que iriam frequentar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria, aquando do 1.º dia de integração. Após o ensino clínico, entregaram-se novamente os 140 questionários dos quais foram validados 89, sendo a taxa de recusa de participação no 2.º momento de 36,44%.

De salientar que do total de 89 estudantes, 54 (60,70%) já tinham tido contacto ou conheciam alguma pessoa a quem foi diagnosticada uma doença mental sendo que 28 (51,90%) se reportam a familiares e 26 (48,19%) a amigos.

O trabalho de recolha de informação foi realizado através de questionário constituído por uma parte de caracterização sociodemográfica, pela Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMIS) traduzida e validada para a população portuguesa e pelo Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM).

A OMIS é constituída por cinco fatores correspondentes a cinco atitudes, nomeadamente *autoritarismo* (opinião sobre a pessoa com doença mental como pertencendo a uma classe de pessoas inferiores e que, como tal, necessitam de intervenções de natureza coerciva); *benevolência* (visão tida como “simpática”, porém moralista, paternalista e protetora face ao doente mental, cujas bases atitudinais assentam mais numa perspetiva humanista e religioso-moral do que numa ideologia científica e profissional); *ideologia da higiene mental* (visão positiva da doença mental que demonstra confiança nas intervenções dos profissionais de saúde mental); *restrição social* (perspetiva o doente mental como um perigo para a sociedade defendendo, deste modo, a restrição da liberdade destes doentes); *etiologia interpessoal* (opinião de que a saúde mental é objeto das escolhas individuais feitas ao longo da vida).

O formato de resposta é de 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos.

O ICDM é constituído por 45 itens em formato de resposta tipo *Likert* de 1 a 6 pontos, englobando seis crenças: *incurabilidade* (crença na doença mental como tendo um carácter crónico e incurável); *reconhecimento da doença* (crença numa visão não estigmatizante da doença mental, dado que estão associados à aceitação da doença); *perigosidade* (crença nos doentes mentais como pessoas perigosas, dada a imprevisibilidade do seu comportamento, levando mesmo à propensão para a criminalidade); *doença como causa de estigma e discriminação* (crença pessoal do estigma e preconceito produzido pela doença nos circuitos sociais próximos do indivíduo portador de doença mental); *responsabilidade pessoal* (O indivíduo é considerado responsável pela sua saúde/doença); *doença como condição médica* (crença da doença mental como condição clínica, como outras doenças apelando para o uso de medicamentos no seu tratamento).

O formato de resposta é 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos.

Relativamente aos procedimentos éticos é de salientar que esta investigação foi devidamente autorizada pela Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Para a realização do tratamento estatístico recorreu-se aos programas SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17 para Windows e ao programa G POWER para cálculo do *effect size* e poder dos testes.

## Resultados/discussão

No estudo das crenças constata-se pela análise das médias ponderadas que as crenças com maior expressão numérica no sentido da concordância se situam no *Reconhecimento da Doença* e na *Crença da Doença como Condição Médica* que apontam para um sentido homogéneo de respostas. Estes resultados remetem-nos para o facto de os estudantes de enfermagem exprimirem uma visão não estigmatizante da doença mental, associada à aceitação da doença e à crença no tratamento e na reabilitação se o diagnóstico for atempado.

É importante reforçar que os resultados obtidos neste estudo podem, de alguma forma, ser explicados pelo facto de os estudantes do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem já terem adquirido conhecimentos teóricos sobre esta temática na unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e que esses conhecimentos poderão ter contribuído para uma visão menos estigmatizante em relação às doenças e doentes mentais, ainda assim, os estereótipos da perigosidade, incurabilidade e responsabilidade individual são acentuados.

Estes resultados são confirmados por alguns estudos (Goerg *et al.*, 2004; Loureiro, 2008) que também apontam para a manutenção de mitos vinculados por crenças na perigosidade e incurabilidade das pessoas com doenças mentais.

Relativamente às atitudes dos estudantes acerca das doenças e doentes mentais manifestadas antes de iniciar o ensino clínico observa-se que é na dimensão *Benevolência* que se obtém uma média superior, seguida imediatamente pela dimensão *Ideologia da Higiene Mental*, o que indicia níveis de tolerância e sensibilidade sociais em relação a estes problemas.

Da análise da influência da frequência do ensino clínico nas crenças relativamente aos doentes mentais verificou-se um decréscimo das crenças negativas o que converge com os resultados de outros estudos em que ficou evidenciado que a formação influenciou positivamente os estudantes relativamente às crenças discriminatórias (Corrigan *et al.*, 2001; Madianos *et al.*, 2005), concluindo que as crenças relativas à imprevisibilidade e perigosidade associadas ao doente mental se revelaram menos intensas, logo, menos estigmatizantes. O modelo proposto por Corrigan *et al.* (2001) aponta, efetivamente, no sentido de a crença na *Perigosidade* das pessoas com doenças mentais diminuir substancialmente com o nível de contacto. Neste âmbito Corrigan e Penn (1999) salientam que as estratégias educacionais têm resultados mais positivos quando associadas ao contacto direto com os indivíduos portadores de doença mental. No caso da doença mental, o contacto constitui-se como particularmente importante para que o sujeito (sem doença mental) perceba o indivíduo portador da doença mental como uma pessoa real (Corrigan *et al.*, 2005; Markström *et al.*, 2009), afigurando-se como a estratégia que tem mostrado mais eficácia na diminuição das

crenças estigmatizantes. Corrigan *et al.* (2005) reforçam mesmo que associação da educação com o contacto com as pessoas com doença mental provou ser a estratégia mais eficiente, que produz efeitos a mais longo prazo.

Relativamente ao efeito do ensino clínico nas atitudes dos estudantes, pela observação das médias obtidas antes e depois do ensino clínico constata-se, pois, uma redução ao nível das atitudes negativas, no *Autoritarismo* e na *Restrição Social* (em que o doente mental surge como uma pessoa perigosa para a sociedade implicando que a sua liberdade seja condicionada) e, um incremento nas atitudes positivas, *Benevolência* e *Ideologia da Higiene Mental* (que é entendida como uma perspetiva que oferece resistência ao estigma).

Os resultados deste estudo pronunciam, pois, que a formação prática – ensino clínico, contribui para uma perspetiva mais positiva em relação às atitudes dos estudantes acerca das doenças e dos doentes mentais.

Resultados semelhantes foram obtidos por Emrich *et al.* (2003) em que ficou demonstrado que a interação direta com pessoas portadoras de doenças mentais afetou positivamente e de forma significativa as atitudes dos estudantes de enfermagem relativamente às pessoas com doenças mentais.

Quanto aos resultados das análises de regressão elas permitem observar que as crenças estereotipadas e estigmatizantes correspondem a atitudes autoritárias e dogmáticas enquanto que as atitudes mais paternalistas correspondem a crenças mais positivas indo ao encontro do estudo realizado por Loureiro (2008) em que as atitudes de maior autoritarismo e restrição social são, de igual modo, preditas por maior crença na perigosidade dos doentes, tendência para não reconhecer a doença como condição médica e a responsabilizar os indivíduos pela sua condição de saúde/doença.

## Conclusões

Partindo dos objetivos traçados para esta investigação serão apresentados de forma sintética as conclusões consideradas mais relevantes. Deste modo:

- Constata-se um reconhecimento e consciencialização para a natureza das doenças mentais e do seu cunho médico que são visíveis pelas crenças e atitudes que denunciam uma maior aceitação e tolerância ainda que não sejam de desvalorizar os mitos na incurabilidade, na perigosidade e na imprevisibilidade dos doentes mentais;
- O ensino Clínico promove uma mudança nas crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem, ainda assim esse efeito é modesto, o que indicia a necessidade de privilegiar nos currículos conteúdos que aumentem a literacia no domínio da saúde mental;
- É na necessidade de reintegrar socialmente os doentes, visível na diminuição da atitude de restrição social que essa mudança é mais vincada, um efeito positivo do ensino clínico que indicia que a exposição e experiência com a prática da Enfermagem Psiquiátrica aumenta a consciência da necessidade de garantir direitos e liberdades dos doentes;

- As atitudes mais autoritárias e dogmáticas aparecem sobretudo como resultado de estereótipos centrados em crenças negativas acerca das doenças e dos doentes mentais em contraste com as atitudes de maior benevolência que estão associadas a uma perspetiva mais «otimista» de perceber as doenças e os doentes mentais.

## Bibliografia

- ANGERMEYER, M. (2004). IMPORTANT TO INVESTIGATE THE DYNAMICS OF THE STIGMA PROCESS. *HEALTHCARE PAPERS*, 5 (2), 112-113.
- ANTUNES, L. (2004). AS ASPIRAÇÕES E TRAJETÓRIAS SOCIAIS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM E O CONFRONTO COM A (FUTURA) REALIDADE PROFISSIONAL. *ATAS DO Vº CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA*. ACEDIDO A 20 DE OUTUBRO DE 2010 EM [HTTP://WWW.APS.PT/CMS/DOCS\\_DPR4628f816Ca\\_1.PDF](http://www.aps.pt/cms/docs_DPR4628f816Ca_1.pdf) .
- AYESTERAN, S. & PAEZ, D. (1986). REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL. *REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA*, 16: 95-124.
- CARAPINHEIRO, G (1998). *SABERES E PODERES NO HOSPITAL: UMA SOCIOLOGIA DOS SERVIÇOS HOSPITALARES*. AFRONTAMENTO. PORTO.
- CARDOSO, A. (2003). A RECEPTIVIDADE À MUDANÇA E À INOVAÇÃO PEDAGÓGICA: O PROFESSOR E O CONTEXTO ESCOLAR. *EDIÇÕES ASA, PERSPECTIVAS ACTUAIS/EDUCAÇÃO*: 22-33.
- COHEN, J. E STRUENING, E. (1962). OPINIONS ABOUT MENTAL ILLNESS IN THE PERSONNEL OF TWO LARGE MENTAL HOSPITALS. *JOURNAL OF ABNORMAL AND SOCIAL PSYCHOLOGY*, 64(5) 349-360.
- CORRIGAN, P ET AL. (2001). THREE STRATEGIES FOR CHANGING ATTRIBUTIONS ABOUT SEVERE MENTAL ILLNESS. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*, 27(2):187-195.
- CORRIGAN, P. & PENN, D. (1999). LESSONS FROM SOCIAL PSYCHOLOGY ON DISCREDITING PSYCHIATRIC STIGMA. *AMERICAN PSYCHOLOGIST*. 54:756-776.
- CORRIGAN, P. (2004). HOW STIGMA INTERFERES WITH MENTAL HEALTH CARE. *AMERICAN PSYCHOLOGIST*, 59 (7): 614-625.
- CORRIGAN, P. ET AL. (2005). HOW ADOLESCENTS PERCEIVE THE STIGMA OF MENTAL ILLNESS AND ALCOHOL ABUSE. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 56 (5), 544-550.
- COSTIN, F. & KERR, W. (1962). THE EFFECTS OF ABNORMAL PSYCHOLOGY COURSE ON STUDENT'S ATTITUDES TOWARD MENTAL ILLNESS. *JOURNAL OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY*, 53: 214-218.
- EMRICH , K. ET AL. (2003). POSITIVE ATTITUDE: AN ESSENTIAL ELEMENT FOR EFFECTIVE CARE OF PEOPLE WITH MENTAL HEALTH SETTINGS. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING*, 11:128 – 134.
- FOUCAULT, M (2007). *HISTÓRIA DA LOUCURA NA IDADE CLÁSSICA*. 8ª EDIÇÃO, 1ª REIMPRESSÃO, COLEÇÃO ESTUDOS. EDITORA PERSPECTIVA. SÃO PAULO. BRASIL.
- FRANCISCO, I. (2010). ESTUDO DA PERCEÇÃO DOS ALUNOS DE ENFERMAGEM FACE À DOENÇA MENTAL. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO NÃO PUBLICADA, FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. PORTO.
- GOERG, D., ET AL. (2004). REPRESENTATIONS OF PSYCHIATRIC TREATMENTS. *ADVANCES IN RELATIONAL MENTAL HEALTH*, 3 (3). ACEDIDO EM 10 DE JULHO DE 2010 EM WWW:<URL:HTTP://WWW.BIBLIOPSIQUIS.COM/ASMR/0303/2.PDF>.
- GOFFMAN, E. (1980). *ESTIGMA: NOTAS SOBRE A MANIPULAÇÃO DA IDENTIDADE DETERIORADA*. ED GUANABARA KOOGAN, RJ BRASIL.
- HIRAI, M., & CLUM, G. (2000). DEVELOPMENT, RELIABILITY AND VALIDITY OF THE BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE. *JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY AND BEHAVIORAL ASSESSMENT*, 22, 221-236.
- HOLMES, E. ET AL. (1999). CHANGING ATTITUDES ABOUT SCHIZOPHRENIA. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*, 25: 447-456.
- HUXLEY, P. (1993). LOCATION AND STIGMA: A SURVEY OF COMMUNITY ATTITUDES TO MENTAL ILLNESS: ENLIGHTENMENT AND STIGMA. *JOURNAL OF MENTAL HEALTH UK*, 2: 73-80.
- JOHNSON, S. & ORRELL, M. (1995). INSIGHT AND PSYCHOSIS: A SOCIAL PERSPECTIVE. *PSYCHOLOGICAL MEDICINE*, 25: 515-520.

- LEONG, F., & ZACHAR, P. (1999). GENDER AND OPINIONS ABOUT MENTAL ILLNESS AS PREDICTORS OF ATTITUDES TOWARD SEEKING PROFESSIONAL PSYCHOLOGICAL HELP. *BRITISH JOURNAL OF GUIDANCE AND COUNSELLING*, 27, 123-132.
- LIMA, M. (1997). ATITUDES. *PSICOLOGIA SOCIAL*. LISBOA, FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 2ª EDIÇÃO, 167-199.
- LINK, B., & CULLEN, F. (1983). RECONSIDERING THE SOCIAL REJECTION OF EX-MENTAL PATIENTS: LEVELS OF ATTITUDINAL RESPONSE. *AMERICAN JOURNAL OF COMMUNITY OF PSYCHOLOGY*, 11, 261-273.
- LINK, B. AND CULLEN, F.(1986). CONTACT WITH THE MENTALLY ILL AND PERCEPTIONS OF HOW DANGEROUS THEY ARE. *JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR*, 27:289-303.
- LOUREIRO, L. (2008). REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA: IMPORTÂNCIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL. ESTUDO REALIZADO NUMA AMOSTRA DE RESIDENTES NO CONCELHO DE PENACOVA. DISSERTAÇÃO DE CANDIDATURA AO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE MENTAL DO INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR. UNIVERSIDADE DO PORTO. PORTO.
- MARKSTROM *ET AL.* (2009). ATTITUDES TOWARDS MENTAL ILLNESS AMONG HEALTH CARE STUDENTS AT SWEDISH UNIVERSITIES – A FOLLOW-UP STUDY AFTER COMPLETED CLINICAL PLACEMENT. *NURSE EDUCATION TODAY*. 29:660-665.
- MADIANOS, M. *ET AL.* (2005). NURSING STUDENTS' ATTITUDE CHANGE TOWARD MENTAL ILLNESS AND PSYCHIATRIC CASE RECOGNITION AFTER A CLERKSHIP IN PSYCHIATRY. *ISSUES IN MENTAL HEALTH NURSING*, 26:169 – 385.
- MENDES, A. *ET AL.* (2002). NECESSIDADES EDUCACIONAIS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM ENFERMEIROS A TRABALHAR EM SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA. *REFERÊNCIA*, 8: 17-25.
- MILHEIRO, J. (1987). *PSIQUIATRIA NA COMUNIDADE*. SAÚDE MENTAL HOJE, 1: 27-30.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (2007). REESTRUTURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL: RELATÓRIO DA COMISSÃO NACIONAL PARA A REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.
- OLIVEIRA, E. (2007). ATITUDES DOS ALUNOS BRANCOS EM RELAÇÃO A ALUNOS NEGROS. TESE DE MESTRADO EM RELAÇÕES INTERCULTURAIS DA UNIVERSIDADE ABERTA. PORTO.
- OLIVEIRA, S. (2005). A LOUCURA NO OUTRO: UM CONTRIBUTO PARA O IMPACTO DA LOUCURA NO PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL. TESE DE DOUTORAMENTO DA FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. COIMBRA.
- OLIVEIRA, S. (2009). A LOUCURA QUE SÓ O OUTRO TEM. *INTERAÇÕES*, 9(16).
- OLIVEIRA, S., CAROLINO, L., & PAIVA, A. (2012). PROGRAMA SAÚDE MENTAL SEM ESTIGMA: EFEITOS DE ESTRATÉGIAS DIRETAS E INDIRETAS NAS ATITUDES ESTIGMATIZANTES. *REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL*, (8), 30-37.
- PEDRÃO, L. *ET AL.* (2003). ATITUDES FRENTE À DOENÇA MENTAL: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE INGRESSANTES E FORMANDOS EM ENFERMAGEM. *MEDICINA, RIBEIRÃO PRETO*,36:37-44.
- PENN, D. *ET AL.* (1999). DISPELLING THE STIGMA OF SCHIZOPHRENIA II. THE IMPACT OF INFORMATION ON DANGEROUSNESS. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*, 25(3):437-446.
- PENN, D. *ET AL.* (2004). EMOTION RECOGNITION IN SCHIZOPHRENIA: FURTHER INVESTIGATION OF GENERALIZED VERSUS SPECIFIC DEFICIT MODELS. *JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY*, 109, 512-516.
- PINFOLD, V. *ET AL.* (2003). REDUCING PSYCHIATRIC STIGMA AND DISCRIMINATION. EVALUATION OF EDUCATIONAL INTERVENTIONS IN UK SECONDARY SCHOOLS. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 182: 342-346.
- PHELAN, J. *ET AL* (2000). PSYCHIATRIC ILLNESS AND FAMILY STIGMA. *SCHIZOPHRENIA BULLETIN*. 24:115-126.
- PICHOT, P. (1983). *A CENTURY OF PSYCHIATRY*. LONDON.
- PICHOT, P. E FERNANDES, B. (1984). *UM SÉCULO DE PSIQUIATRIA E A PSIQUIATRIA EM PORTUGAL*. ROCHE FARMACÊUTICA. LISBOA.
- READ, J.; HARRE, N.(2001). THE ROLE OF BIOLOGICAL AND GENETIC CAUSAL BELIEFS IN THE STIGMATISATION OF "MENTAL PATIENTS", *JOURNAL OF MENTAL HEALTH*, 10 (2): 223-235.
- REINKE, R. *ET AL.* (2004). EXAMINING TWO ASPECTS OF CONTACT ON THE STIGMA OF MENTAL ILLNESS. *JOURNAL OF SOCIAL AND CLINICAL PSYCHOLOGY*, 23: 377-389.
- RENA, S. (2003). ADDRESSING STIGMA: INCREASING PUBLIC UNDERSTANDING OF MENTAL ILLNESS. PRESENTED TO THE STANDING SENATE

COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS SCIENCE AND TECHNOLOGY.

SANTORIUS, N. (2007). STIGMA AND MENTAL HEALTH. THE LANCET. Nº 9590, **370**: 810-812. ACEDIDO EM 20 DE DEZEMBRO DE 2010 EM [HTTP://PROQUEST.UMI.COM/PQDWEB?DID=133466682&SID=9&FMT=4&CLIENTLD=83018&RQT=309&VNAME=PQD](http://proquest.umi.com/pqdweb?did=133466682&sid=9&fmt=4&clientld=83018&RQT=309&VNAME=PQD) .

SCULL, A. (1981). *MADHOUSE, MAD DOCTERS AND MADMAN: THE SOCIAL HISTORY OF PSYCHIATRY IN THE VICTORIAN ERA*. LONDON: ATHALONE PRESS.

SILVA, L. (2008). EDUCAÇÃO DO CAMPO E PEDAGOGIA DE ALTERNÂNCIA. A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA. TEXTO DA CONFERÊNCIA PROFERIDA NA FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE LISBOA A 17 DE MAIO DE 2007. *SÍSIFO*. REVISTA DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO, 5 105-112. ACEDIDO EM 20 DE SETEMBRO DE 2008 EM: [HTTP://SISIFO.FPCE.UL.PT](http://sisifo.fpce.ul.pt)

SKINNER ET AL. (1992). GENERALIZABILITY AND SPECIFICITY OF THE STIGMA ASSOCIATED WITH THE MENTAL ILLNESS LABEL: A RECONSIDERATION TWENTY FIVE YEARS LATER. *JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY*, 23: 3-17.

SURGENOR, L. ET AL. (2005). NURSING STUDENT ATTITUDES TO PSYCHIATRIC NURSING AND PSYCHIATRIC DISORDERS IN NEW ZEALAND. *JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING*, 14 (2): 103-108.

TERRA ET AL. (2006). SAÚDE MENTAL: DO VELHO AO NOVO PARADIGMA – UMA REFLEXÃO. *REVISTA ESC ANNA NERY ENFERM.*; 10 (4): 711 - 717.

THORNICROFT, G. ET AL. (2008). REDUCING STIGMA AND DISCRIMINATION: CANDIDATE INTERVENTIONS. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MENTAL HEALTH SYSTEMS*, 2 (39):1-7.

VALA, J. E MONTEIRO, M. (1996). *PSICOLOGIA SOCIAL*. FUNDAÇÃO CALOUSTE DE GULBENKIAN. LISBOA.

WATSON, A. E CORRIGAN, P.( 2005). CHALLENGING PUBLIC STIGMA: A TARGETED APPROACH. IN CORRIGAN, P. (ED). ON THE STIGMA OF MENTAL ILLNESS: PRACTICAL STRATEGIES FOR RESEARCH AND SOCIAL CHANGE. *AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION: WASHINGTON*: 281-295.

WES SHERA & DELVA-TAUILILI, J. (1996). CHANGING MSW STUDENTS ATTITUDES TOWARDS THE SEVERELY MENTALLY ILL. *COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL*. 32,2.

WHALEY, A. (1997). ETHNIC AND RACIAL DIFFERENCES IN PERCEPTIONS OF DANGEROUSNESS OF PERSONS WITH MENTAL ILLNESS. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 48: 1328-1330.

WHO EUROPE (2008). EUROPEAN PACT FOR MENTAL HEALTH AND WELL-BEING. ACEDIDO EM 31 MARÇO, 2010, DISPONÍVEL EM [HTTP://SAUEMENTAL.PT/WP-CONTENT/UPLOADS/2011/02/PACTOEUROPEU-SAUDEMENTAL.PDF](http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/pactoeuropeu-saudemental.pdf).