



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

ESTIGMATIZAÇÃO NA EXPERIÊNCIA COM DOENÇA MENTAL EM
REFUGIADOS E IMIGRANTES:
UM ESTUDO COM VINHETAS
SOBRE ESQUIZOFRENIA E DEPRESSÃO.

ADRIANA NEVES RODRIGUES ALVES

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2021

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor David Dias Neto, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Ao professor David Dias Neto, o meu mais sincero e profundo agradecimento pela aprendizagem, pela partilha, pelo conhecimento, por ter sido tão compreensivo neste processo que não foi fácil.

Aos meus pais, que são o meu pilar, e que sem eles não teria sido possível o culminar deste momento.

Aos meus avós, e à minha irmã que são os meus guias, a minha inspiração e a minha força. Obrigada por toda a ternura e, sobretudo, amor.

Ao amor da minha vida, ao meu António, por toda a ajuda, por toda a força, por todos os momentos em que a paciência me faltou e teve que ter pelos dois. Porque sem ti, não tinha conseguido.

Ao Tomás, que foi e é o meu companheiro de todas as horas, de todos os momentos, de todas as alegrias e tristezas. A faculdade não teria feito sentido sem ti.

À minha Clara, e à minha Laura que são minhas há mais de uma década e tantas vezes foram as minhas confidentes quando o cansaço me assoberbava.

Ao grupo que me acompanhou grande parte dos anos de faculdade, ao Alexandre Teles, ao João Matos, ao João Mendes, à Rita Agostinho e ao Bruno Domingos porque a um dado momento fomos almas sem destino, que se juntaram à procura do sentido de alguma coisa que acabámos por encontrar juntos.

À Rita Oliveira, que foi sem dúvida, uma amiga sem igual, uma parceira de pensamentos e emoções que só faziam sentido quando partilhados com ela.

À Dra Carla Oliveira, por toda a sabedoria de vida, por todos os ensinamentos de psicologia, por toda a ajuda, e por toda a disponibilidade sempre prestada.

À Joana Silva e ao António Oliveira, por serem amigos que ainda que longe nunca falham com uma palavra amiga. Obrigada por todos os desabafos e todos os ensinamentos. Vocês foram luz em muitos dias cinzentos.

À Joana Vicente, ao Francisco Ornelas e à Carolina Almeida, por nunca se esquecerem de mim. Gosto muito de vocês.

Por fim, a todos aqueles que se cruzaram comigo neste percurso e que de alguma maneira fizeram parte dele.

Obrigada, a todos, de coração!

Resumo

Problema. A literatura tem uma lacuna no que toca à abordagem da estigmatização da saúde mental das minorias. *Objetivo.* Avaliar se há diferenças na estigmatização das minorias (refugiados e imigrantes) com doença mental (esquizofrenia e depressão major) tendo como comparação um caso português. *Método.* 223 participantes foram expostos a duas histórias com dois quadros sintomatológicos diferentes e responderam a um questionário adaptado de um estudo de Angermeyer et al. (2013) que avalia as causas da perturbação, o tipo de ajuda e perguntas que indicam estigma. *Resultados.* Não foram encontradas diferenças significativas ao nível das minorias nem quando comparadas com o caso português. Foram, no entanto, encontradas diferenças significativas quanto à estigmatização em relação ao género e ao grupo etário. Quando comparadas as patologias entre si foram encontradas diferenças significativas ao nível do tipo de causa para cada uma das perturbações e qual o tipo de ajuda adequada. *Conclusão.* As características sociodemográficas continuam a ser um preditor que influencia o estigma. A esquizofrenia é reconhecida mais facilmente como uma perturbação mental do que a depressão.

Palavras-chave: Minorias; Saúde Mental; Doença Mental; Estigma; Estigmatização

Abstract

Problem. There is a literature gap when it comes to addressing the stigmatization of the mental health of minorities (refugees and immigrants). *Goal.* To assess whether there are differences in the stigmatization of minorities with mental illness (schizophrenia and major depression), having a Portuguese case for comparison. *Method.* 223 participants were exposed to two stories with two different symptomatological pictures and answered a questionnaire adapted from a study by Angermeyer et al. (2013) which assesses the causes of the disorder, the type of help and questions that indicate stigma. *Results.* No significant differences were found regarding the minorities or when comparing to the Portuguese case. However, significant differences were found regarding stigmatization in relation to gender and age group. It was not possible to confirm the existence of stigma as the average values are below what would be necessary to conclude that the stigma exists. When comparing the pathologies with each other, significant differences were found in terms of the type of cause of each disorder and the type of appropriate help. *Conclusion.* Sociodemographic characteristics continue to be a predictor that influences stigmatization. Schizophrenia is more easily recognized as a mental disorder than depression.

Keywords: Minorities; Mental health; Mental illness; Stigma; Stigmatization

Índice

Introdução.....	1
Esquizofrenia e depressão.....	5
Minorias: refugiados e imigrantes.....	8
O presente estudo.....	10
Método.....	12
Participantes.....	12
Instrumentos.....	12
Procedimento.....	14
Análise dos dados.....	15
Resultados.....	16
Discussão.....	22
Referências.....	25
Anexos.....	29
Anexo A – Consentimento Informado.....	30
Anexo B – Questionário Sociodemográfico.....	31
Anexo C – Vinhetas sobre Esquizofrenia e Depressão.....	32
Anexo D – Questionário adaptado.....	36

Índice de tabelas

Tabela1. <i>Valores dos resultados da Anova Two-way</i>	16
Tabela 2. <i>T-test para amostras independentes na história _esquizofrenia</i> ...17	
Tabela3. <i>T-test para amostras independentes para o grupo história _depressão</i>	17
Tabela 4. <i>Anova One-Way para os grupos etários</i>	18
Tabela5. <i>T-Test para amostras emparelhadas relativamente às causas</i>	19
Tabela6. <i>T-test para o tipo de ajuda</i>	20
Tabela7. <i>Valores do Chi-Square para a pergunta “Com base no que leste consideras que esta pessoa sofre de uma perturbação mental?”</i>	21

Introdução

O estigma em relação à doença mental influencia o comportamento de procura de ajuda e impede os indivíduos com doença mental de buscar o tratamento adequado para sua condição, Utz, et al (2019). Falar de estigma não sendo uma tarefa fácil, é no mínimo extensa e abrangente. Não só pela sua complexidade ao nível das diversas áreas em que está presente, mas porque é de extrema responsabilidade a forma como o abordamos e a mensagem que passamos.

O que entendemos por estigma? Oliveira & Azevedo (2014), definiram estigma como uma característica, podendo esta estar visível ou não que à vista dos padrões considerados normativos se desenquadra levando a atitudes discriminatórias. As autoras vão mais além e denominam mesmo estigma como uma “*desaprovação social*”. A pessoa que experiencia doença mental e que por isso é estigmatizada tem uma forte probabilidade de incrementar o stress, a angústia, o isolamento social e evocará sentimentos e emoções depreciativas sobre si mesma e o mundo em geral culminando num quadro depressivo (ansiedade, baixa autoestima, etc) e de desinvestimento pessoal, ou seja, há um desinvestimento na sua recuperação. É difícil viver com o diagnóstico de doença mental e é muito mais dificultado para a pessoa com esta experiência e para a sua família quanto mais vivenciarem o estigma por terceiros. Pois é importante não esquecer que o próprio doente pode estigmatizar-se a si próprio (autoestigma) o que traz severas consequências na vida prática da pessoa, como o afastamento familiar, afastamento social uma vez não querer partilhar com a sua família e amigos, e a expectativa do estigma, ou seja, o medo de vir a sofrer estigmatização (Barrantes et al., 2017).

Corrigan (2004); Lopez et al (2004); Barrantes et al (2017), dá-nos duas conceptualizações de estigma: O “estigma público” caracteriza-se por ser uma condição de grandes grupos sociais que têm em comum o suporte a determinado estereótipo indo contra a um ou mais grupos estigmatizados; E o “estigma privado” também denominado pelos autores como o autoestigma referido acima, mas aqui referindo que este estigma advém da pessoa estigmatizada introjetar o estigma público. Gonçalves & Moleiro (2016), criaram um programa piloto para desmistificar as perturbações mentais em idade juvenil, uma vez que muitas delas começam na adolescência e que muitas vezes por falta de meios para uma intervenção precoce no serviço nacional de saúde acaba por incrementar o estigma e consequentemente o autoestigma perpetuando-se num enorme sofrimento para a criança/adolescente. Com o seu estudo, as autoras pretendiam que

através do contacto por vídeo com uma adolescente com questões de saúde mental conseguissem diminuir a estigmatização nos adolescentes expostos ao vídeo o que foi conseguido com sucesso nas áreas de autoestigma e estigma social.

O preconceito da pessoa que estigmatiza leva a sentimentos como medo, ansiedade, compaixão e irritação criando um círculo vicioso entre a pessoa estigmatizada de vergonha, medo e ansiedade, criando uma divisão: Pessoas que estigmatizam e pessoas estigmatizadas. Este ciclo aqui criado provoca com que a longo prazo a vida da pessoa com experiência em DM fique dependente dos outros e abra um fosso entre a vida com a doença e a sua vida social, Barrantes et al (2017).

Na área da saúde mental, Goffman (2008) a define estigma como: “(...) *o atributo que estigmatiza uma pessoa também confirma a norma de outra, ou seja, o estigma confere atributos depreciativos aqueles que “fogem” de uma determinada norma padrão*”, in *pp1*, associando estigma a estereotipo, preconceito, exclusão, discriminação, minorias.

Barbosa et al (2010), referem que esta denominação ainda está deveras presente, afetando gravemente o processo de inclusão e de reabilitação, até mesmo a recuperação (*recovery*), e consequentemente a autoestima e qualidade de vida. Por detrás da palavra estigma, vem a exclusão social, a discriminação comprometendo a qualidade de vida da pessoa com doença mental, chegando a ser tão incapacitante como a doença em si (Oliveira & Azevedo, 2014).

Citando estudos de Corrigan et al (2004) e Loureiro et al (2008), alertam para que a estigmatização seja resultado não só das atitudes da população em geral, mas também dos familiares bem como do próprio doente e dos profissionais de saúde. Os autores, Barbosa et al (2010), no seu estudo queriam perceber se o estigma começava na altura em que os alunos estão a tirar o curso ou se só se perpetua depois disso e consciencializar os futuros profissionais de saúde para que o estigma não comece ou continue nas pessoas que lidam com a doença mental. O estudo sugeriu alguma estigmatização em particular nos cursos de Psicologia e Medicina em comparação com Enfermagem e Terapia Ocupacional. O que leva a ponderar se o tipo de formação dada nos cursos está adaptada à realidade da saúde mental, e se não estará a haver um desinvestimento na área, tendo em conta que se deveria apostar na formação para combater o estigma na faculdade para que não se concretize quando forem profissionais de saúde (Barbosa et al., 2010). Um estudo realizado com profissionais de saúde na Grã-Bretanha e em França, revelou que estes conceptualizam a doença mental e o seu tratamento de forma leiga (ou seja, com base em conceitos culturais e não em bases científicas) e da mesma forma que a sociedade em

geral e não de forma profissional e médica que deveria estar inerente à sua profissão, (Morant, 2006).

Uma das áreas de intervenção tem que passar pela diminuição das atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde uma vez que são eles dos primeiros contactos senão o primeiro, bem como são os que mantêm contacto mais próximo com os doentes com experiência de DM, nomeadamente em hospitais e centros de saúde. No seu estudo os autores (Barrantes et al., 2017)., comprovam que a formação junto das pessoas que trabalham com utentes com doença mental ajuda a diminuir os preconceitos em especial no que toca ao evitamento.

O estigma é influenciado por várias condicionantes, entre elas características sociodemográficas, como o género. São João et al (2017), no seu estudo os autores, encontraram na população abrangida pelo hospital distrital de Santarém diferenças significativas que permitem afirmar que as mulheres estigmatizam menos. No entanto, ambos os géneros tiveram um elevado grau de concordância em outros domínios como a ajuda, coerção para o tratamento (obrigar a) e pena. Dos inquiridos, aqueles que relataram contacto com pessoas com experiência de doença mental ou até os próprios apontaram para atitudes mais positivas e menos estigmatizantes como por exemplo a raiva e evitação. O contacto com a saúde mental contribui para a diminuição do estigma para com a pessoa com experiência de DM (Corrigan et al., 2012 e São João et al., 2017). Com o diagnóstico de perturbação mental, vem a rotulagem que está implícita e é drasticamente prejudicial para a pessoa que o recebe. Deixa de ser a pessoa com problema x, para passar ser o problema x que tem x pessoa. Por isso, adotámos o termo pessoa com experiência de doença mental e não pessoa com doença mental, (Rua, 2012), uma vez que a primeira designação é menos estigmatizante.

Já em 1999 o autor Wahl, teve como preocupação observar se o estigma afetava ou não as pessoas com diagnóstico de DM numa cidade no estado de Virgínia. Este é um assunto transversal que dura há várias décadas e que se mantém atual. O mesmo relata, já na altura que, as pessoas com perturbações mentais tentavam esconder o diagnóstico, sentindo mágoa, raiva e baixa autoestima receando que os tratassem de forma diferente. Os participantes revelaram que sentiram estigma vindo das mais diversas áreas da sua vida como a família, a igreja, no trabalho e nos profissionais de saúde. Todos os participantes deste estudo referiram que um investimento na educação pública poderia ser o meio para reduzir o estigma.

Atualmente, sabemos que a educação, a formação, a sensibilização, o contacto são o meio para combater a estigmatização (Barbosa et al., 2010). Batalhamos hoje, para que estes meios cheguem a todos de forma eficaz e duradoura, (São João et al., 2017).

São vários os países como a Austrália e o Japão que demonstraram pouco conhecimento e pouco reconhecimento dos transtornos mentais, acabando por ter crenças e atitudes descontextualizadas à realidade das perturbações. O que leva a que as pessoas não procurem ou procurem uma ajuda desajustada às suas necessidades (Jorm, 2005).

Evitar o estigma é uma preocupação da área da saúde mental que vem crescendo ao longo das décadas como consequência do desenvolvimento das redes sociais e do acesso fácil às notícias. Uma das formas do estigma perpetuar e enraizar-se na sociedade é através das média e das redes sociais pois sabemos que muitas vezes a imagem que passa é de perigosidade e evitamento. Há um estudo feito no Reino Unido sobre o *Twitter*, onde os autores (Bowen & Lovell, 2019), queriam avaliar a representação da saúde mental da imprensa. Concluíram que houve uma diminuição da publicação de notícias de cariz negativo entre 2014 e 2017, embora o número de notícias negativas acerca das perturbações mentais continue a ser preocupante.

Uma reflexão importante sobre o estigma, prende-se com a urgência de observarmos que a nossa cultura está repleta de imagens e associações estigmatizantes relacionadas com as doenças mentais. Como consequência disto, tanto a pessoa que vivencia a DM como aquela que observa adotam e concordam com estereótipos socialmente aceites e agem em concordância dos mesmos (Corrigan, et al., 2004).

Esquizofrenia e depressão *major*

Na sua generalidade a falta de saúde mental, seja qual fosse a perturbação, sempre provocou sentimentos estigmatizantes, mas nos últimos anos antes tem vindo a aumentar os estudos sobre atitudes que indicam estigma sobre os transtornos mentais (Sousa et al., 2012).

A esquizofrenia caracteriza-se pela dissociação entre o pensamento e a realidade, a pessoa com esta experiência de perturbação tem muitas dificuldades ou chega a ser mesmo incapaz de integrar emoções e sentimentos. Podendo chegar à fase do delírio (crenças irrealistas), alucinações (falsas perceções do ambiente à sua volta) e comportamentos desadaptados. A esquizofrenia afeta várias áreas da vida da pessoa, sendo incapacitante a vários níveis quer socialmente quer a nível individual normativo (isto num cenário sem o acompanhamento medico devido). Esta incapacidade está dependente da qualidade das suas aprendizagens e poderão afetar áreas como a perceção, atenção, linguagem (desorganização do discurso), (Rua, 2012).

Por outro lado, a depressão está associada a um sentimento de tristeza permanente generalizado, e não a um conjunto de situações, caracteriza-se pela anedonia (perda de interesse por gostos e atividades que antigamente era prazerosas para a pessoa e pela astenia (o individuo cansa-se muito facilmente, não tem a mesma energia). Isolam-se socialmente, têm uma imagem de si e dos outros com uma conotação negativa (Rua, 2012). A esquizofrenia e a depressão são duas perturbações que comprometem competências comunicacionais e sociais da pessoa que experiencia este tipo de perturbação. A autora no seu estudo pretendeu avaliar a dificuldade em indivíduos que experienciaram qualquer uma destas duas perturbações quanto ao reconhecimento de expressões faciais e emocionais. Na sua generalidade ambos os grupos tiveram bastantes dificuldades, mas o grupo que representava as pessoas com experiência de esquizofrenia teve um desempenho bastante inferior. Só na emoção “alegria” os dois grupos tiveram um bom desempenho sem diferenças significativas entre eles.

Sousa et al (2012), abordam a questão de que a discriminação é mais evidente e acentuada quando estamos perante indivíduos com um diagnóstico de esquizofrenia. Que frequentemente está associada a mitos como incapacidade de manter uma vida normal e à perigosidade. Este estigma quando sentido estende-se também à família do doente, sendo denominado por Golfman em 1963 cit por., Sousa et al (2012) de “estigma associativo”. Atualmente, existe vários relatos de estudos que abordam o estigma nas famílias com pessoas com esquizofrenia que tiveram várias áreas da sua vida afetadas

como o sono, os relacionamentos pessoais, a qualidade de vida e o bem-estar. Não esquecendo que a família pode ter o efeito contrário e a própria ser o agente da estigmatização quer seja pela baixa literacia, falta de apoios, cansaço, contribuindo para o estigma do doente levando a uma maior exclusão social e por consequência a família deixa de acreditar na recuperação (Sousa et al., 2012). No estudo dos autores avaliaram o estigma em famílias com pessoas com esquizofrenia, chegando à conclusão de que uma maior proximidade com a doença se traduz em atitudes mais positivas e menos estigmatizantes.

Posteriormente, Reavley & Jorm (2011), realizaram um estudo onde expôs 6 mil australianos a vinhetas com histórias de depressão, perturbações da ansiedade e esquizofrenia. Nos resultados, a esquizofrenia estava associada positivamente à perigosidade, imprevisibilidade bem como à preferência de não empregar alguém com este problema. As dimensões de perigosidade e evitamento foram maiores no sexo masculino. E outras pessoas foram percebidas como mais prováveis de terem atitudes estigmatizantes do que os próprios participantes.

Uma maior literacia aumenta a capacidade para reconhecer perturbações mentais, Lauber, (2003). Na Suíça uma amostra de 844 participantes dos quais 73,6% identificaram corretamente a vinheta da esquizofrenia. Na vinheta da depressão foi o contacto com a perturbação que influenciou positivamente o reconhecimento onde apenas 39% reconheceu corretamente.

Mannarini et al (2020), desenvolveu um estudo onde concluiu que o conhecimento, as crenças e as atitudes acerca das pessoas com experiência em doença mental, em especial a esquizofrenia, estão significativamente relacionados com o envolvimento e a proximidade que os participantes têm com o transtorno. Em jeito de conclusão os autores afirmaram que a educação, a experiência e o contacto direto com a doença mental têm influência nas crenças e nas atitudes estigmatizantes.

O estudo de Nerssova (2019), quis comparar as crenças e atitudes individuais em relação à Depressão e Esquizofrenia na Rússia e nos Estados Unidos. A depressão foi associada mais frequentemente ao stress psicossocial enquanto a esquizofrenia foi associada a fatores biológicos. Ambos os países consideraram que as pessoas com experiência de esquizofrenia são mais imprevisíveis e perigosas. Por outro lado, os EUA relataram mais propensão a pedir ajuda profissional para as ambas as perturbações. Os participantes russos são menos propensos a recorrer a alguém em quem confiam e mais propensos a lidar com os problemas por conta própria.

Na Turquia, Utz et al (2019), revelaram no seu estudo níveis de estigma mais significativos para a esquizofrenia do que para a depressão. O evitamento foi significativamente maior para esquizofrenia que foi considerada uma perturbação grave e perigosa. A depressão foi vista como tendo sintomas mais comuns com os quais a população se sentia mais familiarizada. Os autores concluíram que a esquizofrenia e a depressão provocavam diferentes reações na população turca.

Em Taiwan, Lien e Kao (2019), fizeram um estudo sobre as crenças e atitudes em relação às pessoas que vivenciaram a perturbação de esquizofrenia ou depressão. As causas biogénicas, mais uma vez, foram mais frequentemente a explicação para a esquizofrenia. Foram percebidas mais frequentemente como imprevisíveis e violentos com os outros. Mais uma vez também o evitamento foi mais significativo para esquizofrenia do que para a depressão. Contudo, os participantes expressaram mais frequentemente compaixão do que raiva em relação às histórias descritas nas vinhetas.

Na China, através da internet também foi possível avaliar o estigma feito em redes sociais através dos títulos das notícias, Li et al (2020) e comparar o estigma na esquizofrenia com o estigma na depressão. 26.22% das publicações relacionadas com a esquizofrenia tinham linguagem estigmatizante enquanto as publicações acerca da depressão indicavam significativamente menos estigma.

Em França, avaliou-se que o público faz uma clara diferenciação entre a representação da pessoa com experiência de esquizofrenia e do depressivo. Os primeiros são descritos como pouco normais, irresponsáveis, socialmente excluídos, sem cura, e tratados contra a sua vontade, já os segundos são percebidos como familiares, sofredores e passíveis de cura (Angermeyer et al., 2013). A primeira definição foi associada a comportamentos violentos e perigosos, enquanto o segundo termo foi associado a tristeza, isolamento e suicídio. Estudos em outros países, encontraram diferenças nas crenças e atitudes da população face à esquizofrenia e à depressão. A primeira é vista como tendo uma componente biológica, tendo um carácter bastante desfavorável, foi considerada como sendo obrigatório fazer tratamento. Já o transtorno de depressão *major*, foi considerado advir de stress, sendo que o tratamento pode passar por psicoterapia ou tratamentos alternativos. As pessoas com esquizofrenia também enfrentaram mais rejeição do que aquelas com depressão. No estudo dos autores para a população francesa, os psiquiatras aparecem como a melhor opção de tratamento para pessoas com esquizofrenia bem como a medicação. As medicinas alternativas são tidas pela população como tratamentos mais adequados para a depressão (Angermeyer et al., 2013).

Minorias: refugiados e imigrantes

Crenças e atitudes em relação à doença mental podem ser influenciadas por contextos culturais ou específicos de cada país, (Lien & Kao, 2019).

Precisarmos de sair do nosso país, qualquer que seja a razão, pode ser uma experiência traumática. E talvez não seja pela migração em si, mas pelas vivências que já trazemos conosco. Por isso é importante que o acesso à saúde seja igual para as minorias como para a população em geral. Das-Munshi et al (2018) delineou um estudo no Reino Unido e no País de Gales onde avaliou a probabilidade de as minorias étnicas com questões de saúde mental terem o mesmo acesso à saúde como a população em geral. Concluiu que o grupo em estudo tinha menor probabilidade em receber tratamento farmacológico e psicológico bem como de delinearem um plano de cuidados a ter do que para a população em geral. Os mesmos autores referem no seu estudo que nos Estados Unidos da América os grupos de minorias étnicas recebem mais vezes prescrição de antipsicóticos mais usados no mercado do que antipsicóticos atípicos o que mostra uma banalização dos problemas de saúde mental destas minorias. Já no Reino Unido não foram encontradas diferenças a este nível por etnia, mas a amostra estava enviesada por ter apenas comparado negros com brancos. Levantando a questão da preocupação em torno de outros grupos étnicos minoritários em relação às desigualdades no tratamento, (Das-Munshi et al., 2018).

Alguns autores têm relatado associações positivas entre as consequências de estar na situação de refugiado com traumas, situações de vulnerabilidade e transtornos psicológicos (Galina et al., 2017). Os refugiados muitas vezes chegam ao país de exílio e encontram muitas dificuldades e obstáculos: não há um sistema de saúde que atue rápida e eficazmente; sofrem de discriminação; muitas vezes passam fome, ninguém os informa dos seus direitos ou deveres, separação da família, etc. O que acrescenta a isto estão certamente os traumas pré-exílio. Este conjunto de fatores compromete a saúde mental desta população-alvo, (Galina et al., 2017).

Anderson et al (2017), defendeu no seu estudo a importância do acesso aos cuidados de saúde mental nas minorias. Existem grupos étnicos que têm um primeiro contacto negativo com os serviços de saúde mental quando os mesmos precisaram deles. O autor atribuiu este descontentamento a uma complexa interação entre diversos fatores como a própria etnia, fatores socioeconómicos e o status de imigração. Só são observadas menos diferenças étnicas quando os grupos se comparam entre si e não com a população em geral, o que nos diz que a escolha do grupo control tem influência no resultado.

Na Alemanha, Walther, et al (2020), quis investigar num grupo de refugiados que chegou ao país entre 2013 e 2016, como é que as políticas de integração e as diferentes condições de vida estão associadas à satisfação com a vida e conseqüentemente ao sofrimento psicológico. Uma situação irregular em termos legais no país de acolhimento, a separação da família e serem alojados em acolhimentos para refugiados, estas características estão associadas a elevados níveis de angústia e baixa satisfação com a vida. Já o fator empregabilidade (ter emprego), estar socialmente integrado estão associados a uma redução do sofrimento e níveis mais elevados de satisfação com a vida.

Contudo, não se sabe como é que a disparidade em relação à saúde mental das minorias em estudo afeta as mesmas, ou se se traduz em estigma ou mesmo como este se perpetua. Mas, Maura & de Mamani (2017), evidenciaram cada vez mais divergências nesta área que prejudicam as minorias étnicas.

No presente estudo

A esquizofrenia e a depressão são duas patologias que estão muitas vezes ligadas em muitos estudos, mas poucos se focam especificamente nas crenças e nas atitudes acerca das mesmas. Com este estudo, viso atenuar esta situação no que toca à comparação entre a esquizofrenia e a depressão relativamente ao tipo de causas/explicação para o surgimento e do tipo ajuda adequada para cada patologia. Para este estudo ficar mais completo e enriquecer a literatura, vamos comparar as duas patologias dentro de duas populações de minorias: refugiados e imigrantes.

Embora o estigma na doença mental seja um assunto muito debatido na literatura científica há uma lacuna no que toca à estigmatização destas minorias (refugiados e imigrantes) e que fatores tendem a estar mais associados à presença de estigma.

As circunstâncias de vida no país anfitrião desempenham um papel fundamental na integração bem-sucedida e por consequência na saúde mental dos refugiados uma vez que este são uma minoria de risco uma vez que têm maior probabilidade de ter problemas de saúde mental e sentimento geral de mau estar subjetivo (Walther et al., 2020).

Em muitos estudos é abordado todo processo e consequências da migração em relação à saúde mental e quando falamos em migração engloba-se os refugiados e os imigrantes, em ambos está presente o processo de migração. Contudo, há menos estudos sobre imigrantes que não sejam refugiados (Sangalang et al., 2019).

Com base na revisão de literatura feita acima, é esperado que neste estudo encontre diferenças ao nível do género e escolaridade.

Assim sendo temos como hipóteses:

H1: há diferenças entre os valores da estigmatização entre as minorias supracitadas (refugiado e imigrante) e um caso idêntico português.

H2: não há diferenças quanto nível de estigmatização entre as minorias (imigrante e refugiado).

H3: há associação positiva entre do estigma com características sociodemográficas (género, idade e escolaridade).

H4: há diferenças nas médias da esquizofrenia e depressão quanto ao tipo de causa/explicação para aquela perturbação e qual o tipo de ajuda adequada.

A relevância do presente estudo em relação as variáveis em estudo, prende-se com o facto de vir a colmatar esta falha na literatura e dar uma breve noção de como são vistos pela população em estudo as questões de saúde mental nas minorias supracitadas e se está

presente a estigmatização. Uma vez que são inúmeros os estudos e artigos científicos sobre as minorias LGBT (da Silva Rodrigues, sem data; Figueira 2020 e Björkenstam et al 2017), mas no que toca aos refugiados e imigrantes em específico sobre a saúde mental são muito poucos os estudos encontrados.

Uma vez que não existe um estudo assim, acreditando que venha a ser uma mais-valia para percebermos se há estigmatização nas minorias relativamente à sua saúde mental e percebermos o que pode ser trabalhado no sentido de desmitificar as perturbações mentais e diminuir a estigmatização nestas minorias.

A importância prática desta investigação prende-se com o facto de vermos novas áreas de intervenção, bem como a necessidade de investirmos na formação, querendo contribuir para a diminuição do estigma. Desenvolvendo ações de formação, de prevenção de forma que a intervenção venha mais precocemente. Do ponto de vista mais teórico, espero que contribua para o progresso da literatura de uma forma mais enriquecedora e que interligue minorias com saúde mental.

Em suma, o objetivo é avaliar, se nesta amostra, existe presença de estigma em refugiados e imigrantes com experiência em esquizofrenia e depressão bem como se há diferenças e quais entre estas duas perturbações.

Método

Este é um estudo tem por base uma metodologia quantitativa que tem como objetivo avaliar a presença de estigma nas minorias que experienciam perturbação mental e compreender as variáveis em estudo (Estigma; esquizofrenia; depressão). As minorias em estudo serão os imigrantes e os refugiados com esquizofrenia e depressão. Querendo também ver quais as diferenças quanto às causas e tipo de ajuda entre estas duas patologias. O desenho deste estudo é comparativo, uma vez que observamos se existe diferenças nas médias das variáveis e onde se encontram (em que grupo) essas diferenças.

Participantes

Participaram neste estudo 300 participantes, dos quais 77 tiveram que ser excluídos por não terem completado o primeiro questionário. Como critério de ilegitimidade teriam que ter idade igual ou superior a 18 anos, tratando-se de uma amostra por conveniência.

Dos 223 participantes, 163 são do sexo feminino e 60 do sexo masculino. A amostra do estudo tem idades compreendidas entre os 18 e os 72 anos ($M= 38.87$; $DP=12.783$).

100% dos participantes têm nacionalidade portuguesa. Quanto à escolaridade, a maior parte dos participantes indicou que possui a licenciatura (40.4%) e 30.8% concluiu o secundário. 183 (82.1%) dos 223 relataram nunca lhe ter sido diagnosticado nenhum problema relativo à sua saúde mental. Foi ainda questionado se os praticantes já teriam ido a uma consulta com um psicoterapeuta ou psiquiatra 82 dos participantes (36.77%) respondeu que sim e 95 (42.60%) responderam que não bem como se tinham conhecimento no seu meio familiar, 132 (59.19%) dos participantes afirmaram ter familiares que teriam tido consultas com um psicoterapeuta ou psiquiatra e por último, no seu meio de amigos 147 (65.92%) responderam que sim.

Instrumentos

O instrumento deste estudo foi adaptado do estudo de Angermeyer et al (2013), que com a autorização dos autores foi traduzido e aplicado. O estudo francês já incluía vinhetas (Anexo C) com quadros sintomatológicos associados à depressão e à esquizofrenia, as mesmas também foram traduzidas e adaptadas ao presente estudo. Foram criadas seis personagens, dividindo três para cada patologia. Eram eles o Abdu (o refugiado), o Spone (o imigrante) e o José (o português), que tinham histórias semelhantes nas duas versões, só mudava o quadro sintomatológico sendo que este era o mesmo para cada grupo. Ou seja, para cada pessoa que respondesse ao questionário, responderia a duas histórias com

dois personagens diferentes, mas com o mesmo quadro sintomatológico, que apareciam aleatoriamente ao carregar no link feito a partir da plataforma *Qualtrics*.

Para avaliar a presença do estigma nas vinhetas (Anexo C) apresentadas, elaborei a partir do artigo de Angermeyer et al (2013), um questionário (anexo D) com respostas tipo *Likert* (1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3- Não sei; 4- Concordo; 5- Concordo Totalmente).

Sendo apresentado primeiramente o consentimento informado (Anexo A) seguido de algumas questões sociodemográficas (Anexo B). As questões sociodemográficas são a idade, o género, a nacionalidade, escolaridade e profissão, bem como se já teria sido ou não diagnosticado algum problema de saúde mental.

De seguida é apresentada a história e um conjunto de questões relativas à mesma. Com base nas histórias, questionamos se o participante considerava que o personagem da vinheta sofreria de uma perturbação mental psíquica. De seguida, passávamos às perguntas com resposta tipo *Likert* que iam de 1 (discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente), como a causa/explicação para o surgimento daqueles problemas: “Gostaríamos de saber o que, na sua opinião, pode ter causado este problema. Pedimos que indique até que ponto, na sua opinião, cada uma das possibilidades abaixo possa ser a causa do problema: Ambiente familiar; doença cerebral; problemas na vida pessoal; problema hereditário; conflito inconsciente; trauma; educação severa; problemas no trabalho; problemas ao nível do funcionamento cognitivo; abuso sexual na infância”; de seguida perguntamos alternativas de ajuda para resolver problema: “Hoje em dia, há uma variedade de alternativas para ajudar a resolver este tipo de problemas. Algumas delas são apresentadas na parte seguinte. Para cada alternativa apresentada abaixo, pedimos-lhe que indique até que ponto, na sua opinião, a recomendaria ou desaconselharia como uma possibilidade para resolver o problema: grupo de apoio; médico de família; psicólogo; serviço nacional de saúde; padre; psiquiatra; medicina alternativa; apoiar-se numa pessoa de confiança; resolver o problema sozinha; procurar ajuda na internet”; depois é questionando o que a história/o personagem suscitava no participante: “Gostaríamos de saber como é que se sentiria, num contacto mais pessoal com a pessoa da nossa história. Para cada alternativa apresentada abaixo, pedimos-lhe que indique até que ponto é que cada uma se aplica a si: se fica assutado/a; se não se sente à vontade perto de; se fica zangada; se sente compaixão por; se sente destabilizado na presença de; se a história o faz rir; se tem simpatia por; se a história o enerva; se sente necessidade de ajudar; se sente incompreensão face à história”; posteriormente perguntamos as

características da pessoa da história: “Gostaríamos de saber que características, na sua opinião, se aplicam à pessoa descrita na história. Para cada alternativa apresentada abaixo, pedimos-lhe que indique até que ponto, na sua opinião, ela se aplica a essa pessoa: Está a precisar de ajuda; é imprevisível; é descontrolada; é dependente dos outros; é estranha; é preocupante; é perigosa; é incompreensível; não é muito inteligente; não tem força de vontade; é preguiçosa; é genial”; de seguida é apresentado um conjunto de afirmações para avaliar a concordância com as mesmas: “Gostaríamos de saber até que ponto é que as afirmações abaixo, na sua opinião, se aplicam à pessoa descrita na história. Para cada afirmação apresentada abaixo, pedimos-lhe que indique até que ponto, na sua opinião, ela se aplica a essa pessoa: A pessoa é responsável pelo estado em que encontra; Nunca irá recuperar completamente; Não vai conseguir tomar decisões sozinha; Vai piorar; Nunca mais vai conseguir cumprir com obrigações profissionais regulares; Tem que se controlar para ficar melhor; Não vai conseguir melhorar sozinha; Depois do tratamento vai poder voltar a ter uma vida normal; Durante o tratamento a pessoa pode ter uma vida normal; Todos nós já nos sentimos assim, é uma questão de gravidade; Mesmo com tratamento a pessoa não vai melhorar; Vai ficar para sempre dependente dos outros”, e por último se o participante estivesse em determinada situação com o personagem da história, se aceitaria ou não algumas situações propostas: “Gostaríamos de saber como é que reagiria numa determinada situação, perante a pessoa descrita na história. Para cada pergunta apresentada abaixo, pedimos-lhe que indique até que ponto vai a sua reação, perante uma pessoa com o problema descrito na história: Se aceitaria como inquilina; Como colega de trabalho; Se confiaria para cuidar dos seus filhos; se aceitaria se a pessoa da história casasse com alguém da família; Se aceitava apresentar aos amigos; E se recomendaria para uma vaga de trabalho”. Após isto, é apresentada a segunda história e tornam-se a colocar todas as questões anteriores. No final, é perguntado se o participante, amigos ou familiares tiveram alguma consulta com um psicoterapeuta ou psiquiatra.

Procedimento

A recolha de dados, decorreu durante sensivelmente durante dois meses. Foi realizada através do formato online, lançando o link do *Qualtrics* na internet, nomeadamente nas redes sociais. Para que o alcance do estudo fosse o maior possível, e querendo diversificar as suas características foram criados dois anúncios pagos no *Facebook*. Ao carregar na hiperligação remetia para o consentimento informado, questionário sociodemográfico, história e questões. Com o consentimento informado, o objetivo é dar a conhecer o

estudo, dar a garantia do anonimato na participação do estudo e respetiva confidencialidade dos dados, que é voluntário e podem desistir a qualquer momento. Após findado o período de recolha dos dados, procedeu-se à análise dos mesmos.

Análise dos dados

Findada a recolha de dados, recorreu-se ao *software* Statistical Package for the Social Sciences, versão 27 para a análise dos mesmos. Após codificar a base de dados, calculou-se uma variável para a média de uma escala onde incluímos todas as perguntas do questionário que indicavam estigma que designámos por: Estigma_média.

Verificamos os pressupostos para usar a Anova two-way, onde verificamos a normalidade da amostra tanto para a história da esquizofrenia como para a história da depressão. Após o teste de Levene ter seguido distribuição normal para comparar as médias entre a esquizofrenia e a depressão, realizamos um T-test para amostras independentes e um t-test para amostras emparelhadas. Recorremos à Anova one-way, que seguia distribuição normal para o grupo etário. E por fim, um chi-quadrado para avaliar a dependência das variáveis (tipo de resposta*tipo de perturbação). O nível de significância usado para os testes estatísticos acima descritos foi de .05.

Resultados

H1: há diferenças entre os valores da estigmatização entre as minorias supracitadas e um caso idêntico português; e

H2: não há diferenças estatisticamente significativas quanto nível de estigmatização entre as minorias (imigrante e refugiado)

Tabela 1: *Valores dos resultados da Anova Two-Way*

Teste de efeito-interação entre sujeitos					
Variável dependente: Estigma_média					
Fonte	Tipo III Soma dos quadrados	df	Média	F	p
historia_esquizofrenia	.109	2	.054	.584	.559
historia_depressao	.027	2	.014	.145	.865
historia_esquizofrenia*historia_depressao	.054	4	.014	.145	.965

p<0,05

Podemos observar que não há efeito de interação entre as variáveis (p 0,965), sendo que não há diferenças significativas entre os personagens de cada história. Não podendo inferir um nível de estigmatização diferente no Abdu, no Spone ou no José para cada tipo de patologia: esquizofrenia ou depressão. No que toca à nossas hipóteses, rejeitamos H1, a hipótese de haver diferenças significativas entre o imigrante e o refugiado comparativamente ao português, o que não se verificou e daí rejeitarmos a esta hipótese. Quanto à nossa H2, a mesma foi corroborada pois não eram expectáveis que houvesse diferenças entre o Abdu e o Spone na esquizofrenia e na depressão.

H3: há associação positiva entre do estigma com características sociodemográficas (género, idade e escolaridade).

Outra das nossas hipóteses foi a existência de diferenças significativas relativamente ao género dentro do estigma. Para isso, realizou-se um T-Test para amostras independentes uma vez que se separou no SPSS a história_esquizofrenia e posteriormente a história_depressão de modo a vermos por vinheta se existiria ou não diferenças significativas quanto ao género.

Tabela 2: *Teste T para amostras independentes na história_esquizofrenia*

		Teste Levene							
historia_esquizofrenia	Género	N	Média	F	p	t	df	p (2-tailed)	
Abdu	Estigma_média	Feminino	42	2.3984	1.128	.293	-3.591	60	<.001
		Masculino	20	2.6482			-3.960	48.233	<.001
Spone	Estigma_média	Feminino	65	2.4634	.886	.349	-3.112	84	.003
		Masculino	21	2.6922			-3.492	42.074	.001
José	Estigma_média	Feminino	56	2.4397	.852	.356	-1.268	73	.209
		Masculino	19	2.5443			-1.374	36.256	.178

p<0.05

Nesta tabela vemos que há uma grande diferença quanto ao *n* em todas as histórias, o género feminino tem sempre mais amostra que o género masculino, mas isto não chega para dizer que é significativamente diferente.

Na continuação da tabela, mostra-nos que há diferenças estatisticamente significativas entre os géneros feminino e masculino no imigrante e no refugiado. A história do José apesar de ter uma grande diferença no *n* dos géneros, não foram encontradas diferenças significativas. No entanto, reforça mais a ideia de que o género masculino estigmatiza mais pois num *n* tão díspar, conseguem ter uma média maior do que o género feminino.

Tabela 3: *Teste T para amostras independentes para o grupo história_depressão*

		Teste de Levene							
historia_depressao	Género	N	Média	F	p	t	df	p (2-tailed)	
Abdu	Estigma_média	Feminino	54	2.4237	.328	.569	-	76	.012
		Masculino	24	2.6092			2.586	-	52.822
Spone	Estigma_média	Feminino	59	2.4452	.518	.474	-	75	.079
		Masculino	18	2.5915			1.783	-	31.073
José	Estigma_média	Feminino	50	2.4466	2.957	.090	-	66	.001
		Masculino	18	2.6985			1.892	-	45.319
							3.354		
							4.035		

p<0.05

Na vinheta com a história sobre a depressão, continuamos com um *n* muito superior no género feminino no que no género masculino, e ainda assim as médias de resposta para a escala Estigma_média são superiores no género masculino.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível do género no refugiado e no José contrariamente à história da esquizofrenia.

Ainda assim, podemos inferir uma tendência maior do sexo masculino para a estigmatização uma vez que o n é muito inferior ao sexo feminino e apresenta valores médios superiores na escala de estigma. Na nossa hipótese inicial, feita com base na literatura, esperávamos encontrar diferenças ao nível do género relativamente ao estigma o que foi corroborado.

Relativamente ao grupo etário também quisemos avaliar se haveria diferenças estatisticamente significativas nas idades. Para isso, e de forma a simplificar a análise procedemos ao agrupamento das idades: Grupo 1: dos 18 aos 25 anos; Grupo 2: dos 26 aos 35 anos; Grupo 3: dos 36 aos 45 anos; Grupo 4: dos 46 aos 55 anos; Grupo 5: dos 55 anos até aos 72 anos.

Tabela 4: *Anova-One Way para os grupos etários*

		Anova uma via	
		Estigma_média	
		Média	
Grupo_etario	1.00	2.38	
	2.00	2.39	
	3.00	2.51	<001
	4.00	2.61	
	5.00	2.66	
		p<0.05	

Com esta tabela observamos que à medida que o grupo etário vai avançando, a média também aumenta, existindo diferenças. Mas só com a Anova One-way é que vamos ver estas diferenças são estatisticamente significativas. Verificado que o teste segue distribuição normal, foi aplicado: Existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos etários, mas só os testes Post-Hoc (o usado foi o DMS) nos conseguem dizer em que grupos: No grupo dos 18 aos 25 anos, existem diferenças estatisticamente significativas quando comparado com o grupo 3(p.030), 4 (p.001) e 5 (p<001). No grupo dos 26 aos 35 anos, encontramos diferenças significativas com os grupos 3 (p.021), 4

($p < 0.001$) e 5 ($p < 0.001$). No grupo dos 36 aos 45 anos verificamos diferenças quando comparado com os grupos 1, 2 e 5 ($p = .012$). No grupo dos 46 aos 55 anos há diferenças com os grupos 1 e 2. E por último, o grupo dos 55 anos até aos 72 anos difere significativamente dos grupos 1, 2 e 3.

Em suma, a nossa hipótese foi corroborada porque há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e podemos afirmar que quanto maior for a idade tiver a nossa amostra mais tendência tem para a estigmatização.

Também quisemos analisar o estigma face ao grupo escolaridade que codificamos: Grupo 1- 2º ciclo e 3º ciclo ($M = 2,49$); Grupo 2- Secundário ($M = 2,55$); Grupo 3- Licenciatura e Mestrado ($M = 2,47$); Grupo 4- Doutoramento ($M = 2,41$). Foi realizado uma Anova One-way após verificados os pressupostos da normalidade, mas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p = .480$). Apesar de não haver diferenças significativas, pelos valores das médias podemos observar que quanto maior a literacia menor a média de estigmatização.

H4: há diferenças nas médias da esquizofrenia e depressão quanto ao tipo de causa/explicação para aquela perturbação e qual o tipo de ajuda adequada

Por fim, quisemos avaliar a diferença quanto às patologias relativamente às causas e ao tipo de ajuda que deveriam ter/pedir. Para realizar esta comparação procedemos à realização do T-test para amostras emparelhadas.

Tabela 5: *Teste T para amostras emparelhadas relativamente às causas*

Causas:	Ezquizofrenia	Depressão	p
Ambiente familiar	M=2.80 DP=1.005	M=2.97 DP=.965	.024
Doença	M=3.25 DP=.918	M=2.51 DP=.922	<001
Problema familiar	M=2.91 DP=.946	M=3.16 DP=.901	.006
Estilo de vida	M=2.32 DP=.885	M=2.21 DP=.835	.061
Problema de carácter	M=2.17 DP=.794	M=2.07 DP=.764	.087
Problema hereditário	M=3.25 DP=.827	M=2.62 DP=.882	<001
Problema inconsciente	M=3.71 DP=.783	M=3.54 DP=.831	.010

Trauma	M=3.56 DP=.830	M=3.46 DP=.890	.161
Educação rígida	M=2.98 DP=.889	M=2.94 DP=.906	.643
Problema no trabalho	M=2.98 DP=.995	M=2.94 DP=.906	<.001
Problema cognitivo	M=3.38 DP=.823	M=2.65 DP=.884	<.001
Abuso na infância	M=2.78 DP=.783	M=2.52 DP=.832	<.001

p<.05

Com esta tabela podemos afirmar que nossa hipótese foi corroborada para os domínios em que consideraram a causa como ambiente familiar mais provável de ser a causa para a perturbação depressão; Doença que foi considerada mais vezes como causa para a esquizofrenia; Problema familiar foi considerado mais vezes como causa na depressão; Problema hereditário teve uma média superior na esquizofrenia bem como no problema inconsciente. Tanto nas causas Problema no trabalho, problema cognitivo e abuso na infância foram consideradas mais prováveis de serem causas na esquizofrenia do que na depressão. Todos os restantes domínios não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 6: *Teste T para o tipo de ajuda:*

Tipo de ajuda	Ezquizofrenia	Depressão	p
Grupo de apoio	M=3.66 DP=.920	M=3.89 DP=.809	.001
Médico de família	M=3.81 DP=.835	M=3.76 DP=.798	.411
Termas	M=2.22 DP=.839	M=2.47 DP=.993	<.001
Psicólogo/Psicoterapeuta	M=4.47 DP=.657	M=4.33 Dp=.589	<.001
SNS	M=4.02 DP=.795	M=3.87 DP=.873	.004
Padre	M=1.86 DP=.765	M=2.02 DP=.857	.001
Psiquiatra	M=4.16 DP=.796	M=3.67 DP=1.102	<.001
Medicinas Alternativas	M=2.78 DP=1.022	M=2.78 DP=1.807	1.000
Pessoa de Confiança	M=3.82 DP=.824	M=3.94 DP=.750	.037
Sozinha	M=1.66 DP=.664	M=1.98 DP=.813	<.001
Internet	M=1.89 DP=.889	M=2.04 DP=.982	.013

p<.05

Para os domínios de ajuda grupo de apoio, ajuda de um psicólogo ou psicoterapeuta, a ajuda do serviço nacional de saúde, as ajudas de um psiquiatra foram apresentadas

diferenças estatisticamente significativas sendo que foram consideradas mais vezes o tipo de ajuda indicado para a esquizofrenia do que para a depressão. A ajuda de umas termas, a ajuda de um padre, ajuda de uma pessoa de confiança, ajudar-se sozinha e procurar ajuda na internet também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, mas desta vez sendo o tipo de ajuda que foi mais vezes respondida para a depressão do que para a esquizofrenia. Para os domínios de ajuda do medico de família e das medicinas alternativas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Por último e já fora das nossas hipóteses, é interessante ver quantos dos inquiridos consideraram a esquizofrenia e a depressão major como perturbação mental:

Tabela 7: *Valores do Chi-Square para a pergunta “Com base no que leste consideras que esta pessoa sofre de uma perturbação mental?”*

	Esquizofrenia	Depressão	Pearson Chi -Square
			tipo_resposta*tipo_perturbação
Sim	167	91	
Não	17	51	<.001
Não Sei	39	32	
			p<0.05

Há uma diferença grande entre as patologias. Há muito mais pessoas a considerarem que a esquizofrenia como uma perturbação mental do que a depressão. Este teste estatístico diz-nos que as varáveis não são independentes e que a resposta (Sim; Não ou Não sei) depende do tipo de patologia (esquizofrenia ou depressão). O que vai de encontro ao que revimos na literatura uma vez que esta aponta para uma maior facilidade das pessoas em catalogarem a esquizofrenia e terem uma tendência natural para “banalizar” a depressão.

Discussão

Os resultados obtidos indicam que não há diferenças quanto à média de estigmatização entre o imigrante e o refugiado e nem mesmo em relação ao caso português, no primeiro caso, como expectável. Relativamente à primeira parte dos resultados, esperávamos que não houvesse diferenças entre o imigrante e o refugiado por se tratar de um grupo de minorias, relatadas como tal e não como pertencendo à população em geral. A segunda parte dos resultados, poderão ser explicados pelas vinhetas, uma vez que as mesmas só mudavam o nome entre si e não a história. As vinhetas implicitamente apelavam ao nosso lado mais empático para com aquele personagem e seria interessante replicar o mesmo estudo, mas alterando as histórias dos participantes. Outro fator que pode ser explicação para estes primeiros resultados é a desejabilidade social, facto este que condiciona muitos estudos que têm por base questionários que põem as pessoas em situações mais vulneráveis em que, mesmo de forma anónima, admitem preconceitos que não são moralmente bem aceites, as pessoas sentem-se na obrigação de responder o que é moralmente aceitável mesmo que vá contra aquilo que sentem internamente.

Na história da esquizofrenia encontramos diferenças quanto ao género no imigrante e no refugiado, indicando um nível médio maior de estigmatização nos homens. Já na história da depressão também encontramos diferenças quanto ao género, mas no refugiado e no caso português, novamente indicando um nível médio de estigma maior no sexo masculino. Tal resultado vem no segmento do que foi revisto na literatura que indica que sexo masculino é mais estigmatizante que o sexo feminino. Uma vez que as vinhetas calhavam de forma aleatória, os resultados podem ser explicados pelo facto das pessoas do sexo masculino que responderam a estas histórias (refugiado ou imigrante na esquizofrenia e refugiado e caso português na depressão) estigmatizam mais do que os homens que responderam às outras histórias onde não foram encontradas diferenças significativas entre os géneros ou que as participantes do sexo feminino que responderam ao José na esquizofrenia e ao refugiado (Abdu) na depressão estão próximas de estigmatizar tanto quanto o sexo masculino que participou nas respostas destas histórias. Quanto às diferenças encontradas relativamente ao grupo etário estas podem ser explicadas pelo pouco contacto com as perturbações mentais, pelo enraizamento de crenças antigas quanto às questões de saúde mental, uma vez que o grupo etário com maior nível médio de estigmatização foi o grupo dos 55 aos 72 anos. Para um estudo futuro, poderíamos ver se a idade se correlaciona positivamente com o nível de escolaridade e ainda com o contacto próximo com a perturbação mental quer tenha sido

por ter tido um familiar com essa experiência ou o próprio tenha tido experiência de um diagnóstico de perturbação mental.

Apesar de não termos encontrado diferenças significativas quanto à escolaridade, vemos pelas médias de estigmatização que quanto maior a literacia, menor o nível de estigma. Embora não podendo inferir nada destes resultados, na revisão de literatura vários autores apontaram tanto a pouca literacia como a pouca proximidade às perturbações mentais como causas para a estigmatização. Este resultado pode ser explicado por ser este estudo não ser para uma amostra representativa. Com um n mais alargado poderíamos ter maior perceção se esta característica sociodemográfica influencia a estigmatização em grupos minoritários.

Relativamente às causas para o surgimento de cada umas das perturbações a depressão foi percebida mais vezes como tendo como causa o ambiente familiar e um problema familiar, bem como o tipo de ajuda considerado mais indicado para esta perturbação foi apoiar-se numa pessoa de confiança, resolver o problema sozinha, procurar ajuda na internet, bem como procurar a ajuda de um padre ou passar uns dias numas termas. Por outro lado, a esquizofrenia foi percebida mais vezes como tendo como causa para o seu surgimento doença, problema hereditário, problema inconsciente, problema cognitivo e abuso na infância assim como o tipo de ajuda mais adequado que foi respondido mais vezes foi a ajuda do psicólogo ou psicoterapeuta, ajuda do serviço nacional de saúde e ajuda de um psiquiatra. Tais factos podem ser explicados, pelo facto da depressão não ser considerada tão facilmente perturbação mental como a esquizofrenia. Daí na nossa última tabela dos resultados, termos vistos que de facto a esquizofrenia é percebida mais vezes como perturbação mental do que a depressão. A depressão devido ao seu quadro sintomatológico ser mais familiar à população em geral provoca um enviesamento ao pensar-se que não se trata de uma doença mental igualmente incapacitante como a esquizofrenia. O que nos leva novamente a remeter para que haja falta de informação e/ou formação acerca desta patologia.

As limitações deste estudo prenderam-se com o facto da amostra, ter um número pequeno para a dimensão e objetivo do estudo. Sendo que os participantes responderam cada um a duas histórias, e seria positivo observar os resultados se os participantes só respondessem a uma história, o que faria com que diminuíssem as desistências a meio do questionário. Outra das limitações do presente estudo são as próprias histórias não se diferenciarem a nível pessoal, apelando ao lado mais empático do leitor, criando uma

tendência natural para a compaixão. Bem como o questionário em si, não ser adaptado à população portuguesa.

Como proposta a estudos futuros, seria interessante replicar este mesmo estudo, com uma amostra maior, mudar o conteúdo das histórias e possivelmente o instrumento (e.g. questionário AQ-9 de Corrigan). Outro estudo futuro pertinente seria continuar a explicar as características sociodemográficas (e.g. escolaridade) que possam influenciar a presença de estigmatização.

Em jeito de conclusão, espero que para implicações teóricas este estudo ajuda a clarificar a estigmatização em minorias no nosso país bem como os fatores preditores da mesma, uma vez que ainda há poucos estudos com estas variáveis na nossa população. Ganharmos compreensão nestas minorias acerca destas patologias pode ajudar a reduzir o estigma e a diminuir o impacto negativo das pessoas com experiência em doença mental. Se soubermos onde são as áreas de maior estigmatização, reduzimos a influencia da mesma no comportamento, na procura de ajuda e nas atitudes nas pessoas que estigmatizam e nas estigmatizadas. Como por exemplo, se alargarmos os cuidados de saúde primários na saúde mental a estas minorias de imigrantes e refugiados, como a atribuição de médicos de família poderiam ter um papel tão importante tanto na prevenção como numa intervenção precoce, quer nesta população quer na população em geral. Bem como incluir na formação e na educação em geral, o contacto próximo com as questões de saúde mental que vimos ser um fator que reduz o estigma. O que por sua vez iria ajudar a desmitificar as falsas perceções/crenças sobre as perturbações mentais.

Referências

- Anderson, K. K., McKenzie, K. J., & Kurdyak, P. (2017). Examining the impact of migrant status on ethnic differences in mental health service use preceding a first diagnosis of schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(8), 949-961.
- Angermeyer, M. C., Millier, A., Rémuzat, C., Refaï, T., & Toumi, M. (2013). Attitudes and beliefs of the French public about schizophrenia and major depression: results from a vignette-based population survey. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-12.
- Barbosa, T., Marques, A., & Queirós, C. (2010). O Estigma na Doença Mental perspectivado por estudantes.
- Barrantes, F. J., Violante, C., Graça, L., & Amorim, I. (2017). PROGRAMA DE LUTA CONTRA O ESTIGMA: RESULTADOS OBTIDOS NA FORMAÇÃO NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental*.
- Björkenstam, C., Björkenstam, E., Andersson, G., Cochran, S., & Kosidou, K. (2017). Anxiety and depression among sexual minority women and men in Sweden: is the risk equally spread within the sexual minority population?. *The journal of sexual medicine*, 14(3), 396-403
- Bowen, M., & Lovell, A. (2019). Stigma: the representation of mental health in UK newspaper Twitter feeds. *Journal of Mental Health*.
- Corrigan, P., Watson, A., Warpinski, A. & Gracia, G. (2004). Implications of Educating the Public on Mental Illness, Violence, and Stigma. *Psychiatric Services* 55, 577–580.
- Corrigan, P. (2004a). Beat the stigma and discrimination! Four lessons for mental health advocates. [Em linha]. Disponível em: <http://www.dmh.ca.gov/PEIStatewideProjects/docs/CorriganBeattheStigmaandDiscrimination>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community mental health journal*, 43(5), 439-458.
- Corrigan, P.W, Morris, S.B, Michaels, P.J, Rafacz J.D & Rüsç, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*,63(10),963-973.

- Das-Munshi, J., Bhugra, D., & Crawford, M. J. (2018). Ethnic minority inequalities in access to treatments for schizophrenia and schizoaffective disorders: findings from a nationally representative cross-sectional study. *BMC medicine*, 16(1), 1-10.
- da Silva Rodrigues, C. Y. Depressão minor e funcionamento intelectual do indivíduo com esquizofrenia, em ambiente ambulatorio Minor depression and intellectual function of individuals with schizophrenia in ambulatory.
- Figueira, M. D. (2020). *Identidade, Autoestima, Saúde Mental e Vinculação em Pessoas LGBT* (Doctoral dissertation).
- Galina, V. F., Silva, T. B. B. D., Haydu, M., & Martin, D. (2017). A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 297-308.
- Goffman, E. (2008). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC (tradução do original de 1963).
- Gonçalves, M., & Moleiro, C. (2016). Resultados de um programa piloto de desestigmatização da saúde mental juvenil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 276-282.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
- Jorm, A. F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K. M., & Wata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC medicine*, 3(1), 1-14.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness?. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 253(5), 248-251.
- Li, A., Jiao, D., Liu, X., & Zhu, T. (2020). A comparison of the psycholinguistic styles of schizophrenia-related stigma and depression-related stigma on social media: content analysis. *Journal of medical Internet research*, 22(4), e16470.
- Lien, Y. J., & Kao, Y. C. (2019). Public beliefs and attitudes toward schizophrenia and depression in Taiwan: A nationwide survey. *Psychiatry research*, 273, 435-442.

- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparício, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.
- Loureiro, L., Dias C. & Aragão R. (2008). Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. *Revista Referência*, 8, 33-44.
- Maura, J., & de Mamani, A. W. (2017). Mental health disparities, treatment engagement, and attrition among racial/ethnic minorities with severe mental illness: A review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(3), 187-210.
- Mannarini, S., Rossi, A., & Munari, C. (2020). How do education and experience with mental illness interact with causal beliefs, eligible treatments and stigmatising attitudes towards schizophrenia? A comparison between mental health professionals, psychology students, relatives and patients. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-11.
- Morant, N. (2006). Social representations and professional knowledge: The representation of mental illness among mental health practitioners. *British journal of social psychology*, 45(4), 817-838.
- Nersessova, K. S., Jurcik, T., & Hulsey, T. L. (2019). Differences in beliefs and attitudes toward Depression and Schizophrenia in Russia and the United States. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(5), 388-398.
- Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30(4), 227-34.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(12), 1086-1093.
- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: a comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 433-441.
- Riza, E., Kalkman, S., Coritsidis, A., Koubaridas, S., Vassiliu, S., Lazarou, D., ... & Linos, A. (2020, June). Community-based healthcare for migrants and refugees: a scoping literature review of best practices. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 2, p. 115). Multidisciplinary Digital Publishing Institute

- Rua, A. S. C. (2012). O reconhecimento emocional em pessoas com esquizofrenia e em pessoas com perturbação depressiva.
- Sangalang, C. C., Becerra, D., Mitchell, F. M., Lechuga-Peña, S., Lopez, K., & Kim, I. (2019). Trauma, post-migration stress, and mental health: a comparative analysis of refugees and immigrants in the United States. *Journal of immigrant and minority health, 21*(5), 909-919.
- São João, R., Coelho, T., Ferreira, C., Castelo, A., & Massano, M. T. (2017). Estigma na doença mental: estudo observacional e piloto em Portugal. *Revista da UIIPS, 5*(2), 171-185.
- Sousa, S. D., Marques, A., Rosário, C., & Queirós, C. (2012). Atitudes estigmatizantes em familiares de pessoas com esquizofrenia: Um estudo utilizando o Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 34*(4), 186-197
- Speerforck, S., Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2017). Treatment recommendations for schizophrenia, major depression and alcohol dependence and stigmatizing attitudes of the public: results from a German population survey. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 267*(4), 341-350.
- Utz, F., Böge, K., Hahn, E., Fuchs, L., Schomerus, G., Angermeyer, M., & von Lersner, U. (2019). Public attitudes towards depression and schizophrenia in an urban Turkish sample. *Asian journal of psychiatry, 45*, 1-6.
- Valdiserri, R. O., Holtgrave, D. R., Poteat, T. C., & Beyrer, C. (2019). Unraveling health disparities among sexual and gender minorities: a commentary on the persistent impact of stigma. *Journal of homosexuality, 66*(5), 571-589.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin, 25*(3), 467-478.
- Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J., & von Scheve, C. (2020). Living conditions and the mental health and well-being of refugees: evidence from a large-scale German survey. *Journal of immigrant and minority health, 22*(5), 903-913.

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Consentimento informado

Este é um estudo desenvolvido no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do ISPA-Instituto Universitário, sob orientação do Professor Doutor David Neto com o objetivo de ver o impacto das representações sociais na saúde mental.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária, sendo que lhe é pedido apenas que responda ao questionário apresentado (com uma duração aproximada de 15 minutos). Note que poderá desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si. Toda a informação recolhida é guardada e tratada de forma confidencial e anónima. A sua identidade permanecerá anónima e garantimos que os dados serão exclusivamente utilizados para este estudo.

Caso aceite participar, deverá prestar o seu consentimento informado. Alguma questão adicional ou caso pretenda receber os resultados do estudo, por favor contacte-nos através do seguinte endereço de email: 23646@alunos.ispa.pt

Muito obrigada pela sua participação,

Adriana Alves

Declaro que aceito participar neste estudo e que compreendi os objetivos e procedimento:

Anexo B – Questionário Sociodemográfico

Idade

Género

- Masculino
- Feminino
- Outro _____

Escolaridade

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo
- 2º Ciclo
- 3º Ciclo
- Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro _____

Nacionalidade

- Portuguesa
- Outra _____

Já lhe foi diagnosticado algum problema de saúde mental

- Sim
- Não

Anexo C- Vinhetas

Vinhetas Esquizofrenia

O Abdu, é natural da Síria, chegou a Portugal há cerca de 1 ano à procura de refúgio à situação de guerra

no seu país. Veio com a sua cunhada e as suas duas sobrinhas, de 3 e 4 anos.

O Abdu vive no centro de refugiados, e espera por apoios do Estado para conseguir uma casa para a sua família, nestes primeiros tempos. Contudo, o Abdu já conseguiu um emprego ainda que temporário. Faz a limpeza de alguns condomínios.

Após alguns meses em Portugal, foi notório o seu afastamento da sua cunhada, e das suas sobrinhas. Evitando estar com elas. Quando algum assunto surgia, ele só conseguia falar se o assunto passasse por descobrir se algumas pessoas têm o dom de ler os pensamentos dos outros. Não se interessava nem queria estabelecer nenhuma conversação senão fosse acerca desse tema.

Começou a desleixar-se na sua apresentação física, evitava o tomar banho, mudar de roupa, fazer a barba.

No trabalho começou a deixar coisas por fazer. Até que houve uma semana em que não apareceu nem deu qualquer justificação. Quando recomeçou, estava visivelmente preocupado e angustiado. Referiu que tinha a certeza que havia pessoas que conseguiam ler os pensamentos dele e mais grave ainda, conseguem influenciar os seus pensamentos. Diz não saber quem lhe faz isso, mas que é constantemente interrompido quando está a pensar. Ao ponto de ouvir as pessoas a tentar influenciá-lo e a darem-lhe ordens. Quando vai para o centro, é muito pior. Sente-se ameaçado e tem medo. Por isso é que se afastou da família, e às vezes dorme na rua. Escondendo-se e evitando ser visto

O Spone, é nepalês, está em Portugal há 4 anos e veio à procura de melhores condições económicas. Veio a família toda, a mulher e os três filhos. Com o dinheiro que trouxeram e com o financiamento do estado português, conseguiram abrir uma

mercearia num bairro, tipicamente português. Trabalham mais de 12h por dia para conseguir pagar a renda, e ter os filhos mais velhos na escola. A esposa não trabalha, para poder ficar em casa com o filho de 6 meses que já nasceu em Portugal. Estão os 3, o dia todo na loja.

Há relativamente seis meses., Spone afasta-se da família, evitando-os de propósito. E quando está com a mulher, só conseguia falar se o assunto passasse por descobrir se algumas pessoas têm o dom de ler os pensamentos dos outros. Não se interessava nem queria estabelecer nenhuma conversação senão fosse acerca desse tema.

Começou a desleixar-se na sua apresentação física, evitava o tomar banho, mudar de roupa, fazer a barba.

No trabalho, começou a desleixar-se, deixando coisas por fazer. Chegando, inclusive a faltar, sem justificação deixando a loja a cargo da mulher.

Quando recomeçou, estava visivelmente preocupado e angustiado. Referiu que tinha a certeza que havia pessoas que conseguiam ler os pensamentos dele mais grave ainda, conseguem influenciar os seus pensamentos. Diz não saber quem lhe faz isso, mas que é constantemente interrompida quando está a pensar. Ao ponto de ouvir as pessoas a tentar influenciá-lo e a darem-lhe ordens. Ao ir para casa, a situação agrava-se, Sente-se ameaçado e tem medo. Por esse motivo, há alturas em quem não dorme em casa escondendo-se em hotéis, para não arriscar sair à rua.

O José tem 45 anos é natural de Faro, mas reside em Lisboa desde a infância. É casado e tem dois filhos adolescentes, trabalha numa empresa de comunicação, na parte do marketing.

Há relativamente seis meses, o José afasta-se da família, evitando-os de propósito. E quando está com a mulher, só conseguia falar se o assunto passasse por descobrir se algumas pessoas têm o dom de ler os pensamentos dos outros. Não se interessava nem queria estabelecer nenhuma conversação senão fosse acerca desse tema.

Começou a desleixar-se na sua apresentação física, evitava o tomar banho, mudar de roupa, fazer a barba.

No trabalho, começou a desleixar-se, deixando coisas por fazer. Chegando inclusive a faltar, sem justificação.

Quando recomeçou, estava visivelmente preocupado e angustiado. Referiu que tinha a certeza que havia pessoas que conseguiam ler os pensamentos dele, mais grave ainda, conseguem influenciar os seus pensamentos. Diz não saber quem lhe faz isso, mas que é constantemente interrompida quando está a pensar. Ao ponto de ouvir as pessoas a tentar influenciá-lo e a darem-lhe ordens. Ao ir para casa, a situação agrava-se, Sente-se meaçado e tem medo. Por esse motivo, há alturas em quem não dorme em casa escondendo-se em hotéis, para não arriscar sair à rua.

Vinhetas Depressão

O Abdu, é natural do Síria chegou a Portugal há cerca de 1 ano à procura de refúgio à situação atual no seu país. Veio com a sua cunhada e as suas duas sobrinhas, de 3 e 4 anos.

O Abdu vive no centro de refugiados, e espera por apoios do Estado para conseguir uma casa para a sua família, nestes primeiros tempos. Contudo, o Abdu já conseguiu um emprego ainda que temporário. Faz a limpeza de alguns condomínios.

Nos últimos dois meses, esta pessoa mudou muito. Ao contrário do habitual, sente-se abatido e triste, sem que consiga dar uma explicação concreta para isso. Parece andar muito sério e preocupado. Já nada o faz rir. Praticamente não fala e quando diz qualquer coisa, é em voz baixa e fala de preocupações com o seu futuro. Não se sente capaz de fazer nada, e tem a sensação de que faz tudo mal. As tentativas para o fazer mudar de ideias têm sido todas um fracasso. Já não tem vontade de fazer nada, nem nada lhe interessa. Queixa-se de que acorda constantemente a meio da noite e não consegue voltar a adormecer. Sente-se cansado e sem energia, logo pela manhã. Diz que mal se consegue concentrar no trabalho. Ao contrário de como era dantes, necessita de muito tempo para fazer o que quer que seja, até mesmo as tarefas no trabalho. E chegou a ser chamada para falar com o seu chefe por causa disso.

O Spone, é nepalês, está em Portugal há 4 anos e veio à procura de melhores condições. Veio a família toda, a mulher e os três filhos. Com o dinheiro que trouxeram e o benefício do estado português, conseguiram abrir uma mercearia num bairro, tipicamente português. Trabalham mais de 12h por dia para conseguir pagar a renda, e ter os filhos mais velhos na escola. A esposa não trabalha, para poder ficar em casa com o filho de 6 meses que já nasceu em Portugal. Estão os 3, o dia todo na loja.

Nos últimos dois meses, esta pessoa mudou muito. Ao contrário do habitual, sente-se abatido e triste, sem que consiga dar uma explicação concreta para isso. Parece andar muito sério e preocupado. Já nada o faz rir. Praticamente não fala e quando diz qualquer coisa, é em voz baixa e fala de preocupações com o seu futuro. Não se sente capaz de fazer nada, e tem a sensação de que faz tudo mal. As tentativas para o fazer mudar de ideias têm sido todas um fracasso. Já não tem vontade de fazer nada, nem nada lhe interessa. Queixa-se de que acorda constantemente a meio da noite e não consegue voltar a adormecer. Sente-se cansado e sem energia, logo pela manhã. Diz que mal se consegue concentrar no trabalho. Ao contrário de como era dantes, necessita de muito tempo para fazer o que quer que seja, até mesmo as tarefas no trabalho.

O José tem 45 anos, é casado e tem dois filhos adolescentes. Mora em Lisboa. Trabalha numa empresa de comunicação, na parte do marketing.

Nos últimos dois meses, esta pessoa mudou muito. Ao contrário do habitual, sente-se abatido e triste, sem que consiga dar uma explicação concreta para isso. Parece andar muito sério e preocupado. Já nada o faz rir. Praticamente não fala e quando diz qualquer coisa, é em voz baixa e fala de preocupações com o seu futuro. Não se sente capaz de fazer nada, e tem a sensação de que faz tudo mal. As tentativas para o fazer mudar de ideias têm sido todas um fracasso. Já não tem vontade de fazer nada, nem nada lhe interessa. Queixa-se de que acorda constantemente a meio da noite e não consegue voltar a adormecer. Sente-se cansado e sem energia, logo pela manhã. Diz que mal se consegue concentrar no trabalho. Ao contrário de como era dantes, necessita de muito tempo para fazer o que quer que seja, até mesmo as tarefas no trabalho. E chegou a ser chamada para falar com o seu chefe por causa disso.

Anexo D- Questionário adaptado do estudo de Angermeyer et al (2013)

1. Diria que esta pessoa sofre de uma perturbação mental psíquica ?

Sim
 Não
 Não sei

2. Gostaríamos de saber o que, na sua opinião, pode ter causado este problema. Pedimos que indique até que ponto, na sua opinião, cada uma das possibilidades abaixo possa ser a causa do problema.

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não Sei	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
1- Ambiente familiar problemático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Doença cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Problemas na sua vida conjugal e com a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Estilo de vida imoral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- Falhas de carácter (integridade, ética, honestidade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Problema hereditário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- Um conflito inconsciente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8- Trauma ligado a um evento/acometimento determinante na sua vida, como a perda de um ente querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9- Não recebeu amor no meio onde cresceu, ou teve uma educação demasiado severa/rígida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10- Preocupações e outros problemas relacionados com o trabalho (incluindo desemprego)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11- Problemas ao nível do funcionamento cognitivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12- Abuso sexual na infância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Hoje em dia, há uma variedade de alternativas para ajudar a resolver este tipo de problemas. Algumas delas são apresentadas na parte seguinte. Para cada alternativa apresentada abaixo, pedimos-lhe que indique até que ponto, na sua opinião, a recomendaria ou desaconselharia como uma possibilidade para resolver o problema

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não Sei	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
1- Aderir a um grupo de entre-ajuda/apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Ir ao médico de família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Ir fazer um tratamento numas termas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Procurar um psicólogo/psicoterapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- Pedir a intervenção/ajuda do serviço nacional de saúde ou uma entidade de saúde pública da sua área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Ir à igreja e confessar-se a um padre/pastor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- Consultar um psiquiatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8- Ir ver alguém que pratique medicina alternativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9- Apoiar-se numa pessoa de confiança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10- Tentar fazer qualquer coisa sozinha e sem ajuda, para resolver o problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11- Procurar informação/dicas/ajuda na internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Gostariamos de saber como é que se sentiria, num contacto mais pessoal com a pessoa da nossa história.
Para cada alternativa apresentada abaixo, pedimos-lhe que indique até que ponto é que cada uma se aplica a si.

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não Sei	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
1- Ela assusta-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Não me sinto à vontade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Fico muito zangado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Sinto compaixão pelo que ela sente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- Sinto-me desestabilizado(a) na presença dela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Tudo isto me faz rir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- Tenho simpatia por ela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8- Ela "enerva-me"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9- Sinto necessidade de ajudá-la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10- Ela desperta em mim uma reação de incompreensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Gostariamos de saber que características, na sua opinião, se aplicam à pessoa descrita na história.
Para cada alternativa apresentada abaixo, pedimos-lhe que indique até que ponto, na sua opinião, ela se aplica a essa pessoa.

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não Sei	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
1- Está a precisar de ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Imprevisível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Descontrolada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Dependente dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- Estranha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Preocupante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- Perigosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8- Incompreensível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9- Não é muito inteligente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10- Não tem força de vontade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11- Preguiçosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12- Genial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Gostariamos de saber até que ponto é que as afirmações abaixo, na sua opinião, se aplicam à pessoa descrita na história.
Para cada afirmação apresentada abaixo, pedimos-lhe que indique até que ponto, na sua opinião, ela se aplica a essa pessoa.

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não Sei	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
1- A pessoa é responsável pelo estado em que se encontra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- A pessoa nunca irá recuperar completamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- A pessoa nunca vai voltar a conseguir tomar decisões importantes sozinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- A pessoa vai começar a piorar/entrar em declínio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- A pessoa nunca mais vai conseguir ser capaz de cumprir com obrigações profissionais regulares/frequentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Esta pessoa tem de se controlar/recompor para poder ficar melhor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- No estado em que se encontra, a pessoa não vai conseguir melhorar sozinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8- Depois de ser tratada, a pessoa pode retomar uma vida normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9- Durante o tratamento, a pessoa pode ter uma vida normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10- Lá no fundo, todos nós temos alturas em que nos sentimos como esta pessoa. É só uma questão do nível de gravidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11- Mesmo com tratamento, o estado da pessoa não vai mudar muito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12- A pessoa ficará sempre dependente da ajuda dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Gostaríamos de saber como é que reagiria numa determinada situação, perante a pessoa descrita na história.

Para cada pergunta apresentada abaixo, pedimos-lhe que indique até que ponto vai a sua reacção, perante uma pessoa com o problema descrito na história.

	1- Discordo Totalmente	2- Discordo	3- Não Sei	4- Concordo	5- Concordo Totalmente
1- Se tivesse um quarto para arrendar, aceitaria ter como inquilina uma pessoa com este problema?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Aceitaria ter uma pessoa assim como colega de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Apetecia-lhe/Dava-lhe jeito ter uma pessoa assim como vizinha?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Confiaria numa pessoa como esta para tomar conta dos seus filhos/das suas crianças durante umas horas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5- Concordaria que uma pessoa assim se casasse com alguém da sua família?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Apresentaria esta pessoa a um dos seus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- Se um conhecido seu procurasse alguém para trabalhar para ele, recomendaria uma pessoa assim?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. As perguntas seguintes servem para sabermos mais sobre as suas experiências pessoais com doenças do foro psíquico e o respectivo tratamento.

	Sim	Não	Talvez	Prefiro não responder
1- Já teve alguma vez uma consulta com um psiquiatra ou um psicoterapeuta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Alguém da sua família alguma vez teve uma consulta com um psiquiatra ou um psicoterapeuta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Alguém do seu círculo de amigos ou pessoas conhecidas alguma vez teve uma consulta com um psiquiatra ou um psicoterapeuta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>