



# LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

*Até Onde Chega a Voz da Rádio-Aurora?*

Eficácia de um Programa de Rádio Realizado por Pessoas  
com Doença Mental no Combate ao Estigma  
Face à Doença Mental

Maria de Lurdes Gomes de Almeida

Orientador de Dissertação:

PROF. DR. CSONGOR JUHOS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DR CSONGOR JUHOS

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2015

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dr. Csongor Juhos, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## Agradecimentos

Ao Professor Dr. Csongor Juhos, por ter acreditado em mim para a execução deste estudo.

Aos Professores que, de alguma forma, marcaram de forma decisiva este meu percurso.

Aos participantes deste estudo, que disponibilizaram o seu pouco tempo livre por terem tido a sensibilidade de compreender a importância deste trabalho.

Aos colegas que se tornaram amigos: André Viegas, Bruna Rosa, Anita Cruz, Cláudia Vaz, Sandro Almeida, Rafaella Matavelli e Dina Raquel Sarreira, com quem pude trabalhar e partilhar aprendizagens, pincelando cada um com a sua tonalidade o caminho que aqui me trouxe.

À Renata Santos, pela colaboração no tratamento estatístico dos dados e pelo convívio carinhoso.

À Francis Teplitzk Carneiro, pela amizade, por todas as experiências vividas e pelo apoio e força que me transmitiu na execução deste trabalho.

À Adriana Correia, irmã de alma, pelo amor e apoio incondicional de todas as horas.

Ao Paulo Igreja, por ter sido o primeiro impulsionador.

Ao Nelson Paiva, pelas refeições cozinhadas, temperadas com carinho, para que eu não interrompesse esta tarefa.

Ao meu Pai (*In Memoriam*), pelo seu exemplo. À minha Mãe, pelo seu apoio discreto.

Às minhas irmãs Ana e Rute, pelo amor que existe entre nós. Ao meu irmão Miguel, pela inspiração.

Aos meus filhos, pela paciência e compreensão pela minha pouca disponibilidade. Sobretudo, por serem a minha fonte de inspiração e motivação a fazer mais e melhor, a crescer, a querer contribuir para um Mundo de Vivências num lugar mais colorido.

Grata.

Ao João e ao Ricardo.

## RESUMO

*Introdução:* O Estigma Social face à doença mental e aos seus portadores, constitui um problema multidimensional, que se reflete em todas as áreas da vida da pessoa. Sendo os meios de comunicação a maior fonte de informação do público, podem ser promotores na diminuição das barreiras de reabilitação e integração social da pessoa com doença mental. *Objetivo:* Averiguar se os níveis de crenças negativas face à doença mental e aos sujeitos portadores da mesma, diminuem significativamente após a escuta de um programa de rádio realizado por pessoas com doença mental. *Método:* Participantes: 30 sujeitos, funcionários públicos ativos, com diversas habilitações literárias, 27-63 anos. Amostra não probabilística por conveniência, que nunca tenha ouvido o programa. *Delineamento:* Estudo *quasi*-experimental comparativo (com Pré-teste e Pós-teste). *Instrumentos:* Questionário Sócio-Demográfico, Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICDM), e dois programas da Rádio Aurora – A Outra Voz. *Procedimento:* Aplicação do ICDM antes e depois da audição dos dois programas de rádio. *Resultados:* os níveis de crenças estigmatizadoras acerca da doença mental diminuiu significativamente em cinco das seis dimensões em estudos. *Conclusões:* A Rádio Aurora - A Outra Voz é eficaz no combate ao estigma social face à doença mental, sendo promotor de mudanças positivas quanto à representação social das pessoas com doença mental.

*Palavras-chave:* Estigma; Crenças; Doença Mental; *Media*.

## **ABSTRACT**

*Introduction:* Social stigma towards mental illness leads to a multidimensional problem, which reflects in person's every life area. Social Media are the public's biggest source of information and therefore could promote social integration and lead to decrease barriers related do people with mental disorder. *Objective:* Evaluate negative beliefs level regard to mental illness and subjects who have them, verifying if they decrease significantly after listening a radio program realized by people with mental disorder. *Method:* Participants: 30 subjects, from public function and with mental illness. Multiple scholarity. 27-63 years old. Convenience sample. Participants haven't previously the radio show. Design: Comparative quasi-experimental study. *Materials:* Sociodemographic questionnaire. Beliefs about Mental Illness Inventory (ICDM), Two Radio Aurora Program - The Other Voice. Procedure: ICDM application before and after participant's listening of the program. *Results:* Stigmatized beliefs about mental illness decreased significantly in five of the six study dimensions. *Conclusions:* Aurora Radio - The Other Voice, is effective in decreasing social stigma and also promoting positive changes in social representations towards mental illness.

*Key-words:* stigma; beliefs; mental illness; *media*.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>I . Enquadramento Teórico</b> .....	4
1. Da crença ao Conceito de Representação Social.....	4
2 . A Doença e o Doente Mental- Perspectiva Histórica.....	5
3. Do Processo de Desinstitucionalização da Pessoa com Doença Mental Às Barreiras atuais à sua Integração Social.....	9
4. Estigma – Conceptualizações.....	11
4.1 O Impacto do Estigma na Doença e na Pessoa com Doença Mental.....	13
4.2. Estratégias de Combate ao Estigma.....	15
4.3. O Papel dos Orgãos de Comunicação Social.....	18
5. Das raízes das <i>Outras Vozes</i> ao nascimento da Rádio Aurora – A Outra Voz.....	20
5.1. Rádio Aurora – A Outra Voz.....	21
<b>II - MÉTODO</b> .....	25
1. Delineamneto.....	25
2. Participantes.....	26
3. Instrumentos.....	26
3.1.- Questionário Sócio- Demográfico.....	26
3.2. Inventário de Crenças acerca da Doença Mental.....	26
3.3. Programas de Rádio.....	29
4. Procedimento.....	29
5. Resultados.....	31
6. Discussão.....	34
6.1. Limitações do Estudo.....	38
6.2. Sugestões Estudos Futuros.....	38
7. Conclusões.....	40
Referências Bibliográficas.....	42
Anexos.....	50

## INTRODUÇÃO

Ao longo da História da Humanidade, a doença mental traz a si associado um historial estigmatizante. As percepções sociais face à doença mental estão intimamente relacionadas com os valores dessas mesmas sociedades, havendo ainda hoje preconceitos, mitos, superstições, e, conseqüentemente, atitudes de discriminação face à pessoa com doença mental, perpetuados através duma espiral de transmissão cultural (Alves, 2011). As suas repercussões têm influência em todas as áreas da vida da pessoa portadora da mesma, sendo o principal obstáculo na procura de tratamento adequado e continuidade do mesmo (Corrigan, 2004; Michaels & Corrigan, 2013), e a primeira causa de exclusão social e marginalização da pessoa com doença mental grave (Linz, & Sturm, 2013), tornando para a pessoa, por vezes, mais difícil de suportar as conseqüências da estigmatização, do que a própria doença em si (Everett, 2006). Desta forma, ficam afetadas as oportunidades sociais, as ligações à comunidade e as oportunidades de reabilitação. Atualmente, o estigma social face à doença mental é uma questão central de dimensão internacional para os seus portadores (Ando, Aoki & Thornicroft, 2013).

Até à Idade Contemporânea, a pessoa com doença mental era considerada como o *louco*, cuja visão persecutória e estigmatizada era a de alguém aterrador, qual *lobisomem* representativo de toda a malignidade existente na essência humana (Milheiro, 2003). No início do século XIX, com o trabalho do médico francês Philippe Pinel, a loucura obteve o estatuto de doença mental, na sequência do nascimento da psiquiatria enquanto ramo da medicina. O doente mental passou a ser considerado uma pessoa *doente* que, como tal, necessita de cuidados médicos (Ferreira, Firmino, Florido, Gamanho & Jorge, 2006). Conseqüentemente, surge a mudança de paradigma face à doença mental na segunda metade do século XX, devido ao desenvolvimento da psicofarmacologia, do movimento dos direitos humanos e de, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incluir as componentes mentais e sociais na definição de Saúde (Gil, 2010). Contudo, a pessoa com doença mental continuou a ser indesejável à sociedade, permanecendo encarcerada e isolada da mesma (Figueiras, 2010).

A partir das décadas de 60 e 70 do século XX, a par com as reformas na psiquiatria, estas práticas foram sendo destituídas de credibilidade, sendo praticada uma política de desinstitucionalização e inserção social da pessoa com doença mental grave (Nogueira, 2013). No entanto, as condições em que este processo ocorreu não tiveram um planeamento eficaz por parte das políticas de saúde (Alves & Silva, 2004; Lamb, 1984), o que perpetuou a estigmatização face à doença mental e aos seus portadores (Loureiro, Dias, & Aragão, 2008).

Nas décadas de 80 e 90, surgem várias análises sobre o estigma face à doença mental e as suas consequências. Em 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas legisla uma lista de 25 princípios com o objetivo de proteger as pessoas com doença mental (Nações Unidas, 1991). A par desta espiral evolutiva, são elaborados estudos sobre estratégias de combate ao estigma, cujos resultados indicam que a educação e o contacto direto com o doente parecem ser as mais eficazes no desfazamento de mitos e crenças que levam ao estigma (Rusch, Angermeyer, & Corrigan, 2005; Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rusch, 2012).

Sabendo que os *media* têm um papel preponderante na transmissão de informação geral ao público, e sabendo que tendencialmente os órgãos de comunicação social associam estereótipos negativos à doença e ao doente mental (Wahl, 1992; 2003b; Nairn & Coverdale, 2005; Ferro, 2013; Bento, 2014), torna-se pertinente aborgar esta temática no presente estudo. Sendo uma ferramenta de poder na transmissão de informação ao público, poderá ser utilizada no combate à desinformação, como estratégia de combate ao estigma social face à doença mental.

No Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), inserido no Parque de Saúde de Lisboa, existe um projeto que tem esta finalidade como objetivo. A Rádio Aurora – A Outra Voz é um programa realizado por um grupo de pessoas com experiência de doença mental. É o primeiro programa realizado em Portugal por pessoas portadoras de doença mental considerada severa, já com a durabilidade de seis anos. O objetivo é lutar contra a discriminação e mudar mentalidades (Carvalho, 2012).

À data, não foi efetuado um estudo que permita avaliar a eficácia do programa na diminuição do estigma face à doença mental. Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo averiguar se o programa é um meio eficaz de diminuição de crenças negativas face à doença mental, com os benefícios que esses mesmos resultados possam acarretar na melhoria de medidas de integração e reabilitação social das pessoas portadoras da mesma, visando o seu bem-estar social e clínico, ao reduzir o impacto do estigma.

## I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Da Crença ao Conceito de Representação Social

A palavra esquema tem a sua genese na palavra grega *skhêma* (σχήμα), cujo significado é aparência, forma, *maneira de ser*. O filósofo alemão Immanuel Kant (1724/1804) empregou este termo para denominar a forma como uma categoria ou conceito não empírico é associado à imagem mental de um objeto (Duarte, Nunes & Kristensen, 2008).

Nos séculos XVIII e XIX emerge a Sociologia e, com ela, as teorias sociais. Nasce, com Emile Durkheim (1893), citado por Oliveira, (2012), o conceito de representações coletivas, definidas por formas de pensamento que a sociedade elabora para expressar a sua realidade, formas estas que o indivíduo interioriza através das regras que estruturam essa mesma sociedade. Nos anos 60 do século XX, Moscovici atualizou este conceito e surge a teoria da representação social através da sua obra denominada *La Psychanalyse, son image, son public*. Esta abordagem surge do interesse da Psicologia Social na relação entre o indivíduo e a sociedade e também do interesse pela cognição, ou seja, levantou-se, à época, a questão de como os indivíduos e os grupos controem o seu conhecimento a partir da sua inscrição social e cultural (Arruda, 2002). Na mesma década, surge a Teoria Cognitiva pela mão do psiquiatra Aaron Beck que, segundo a mesma, as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados pela sua perceção dos acontecimentos. O ser humano possui estruturas cognitivas (ou crenças) que influenciam comportamentos e emoções (Beck et al., 2001). Ainda segundo este autor (1976), citado por Duarte, Nunes & Kristensen (2008), estas estruturas filtram, codificam e avaliam as experiências, de forma a categorizá-las e interpretá-las, atribuindo-lhes significado, desde o início do seu desenvolvimento.

Os estereótipos são um tipo de esquemas cognitivos desenvolvidos através da herança cultural, passados através do processo de socialização, relacionados com determinada categoria de grupo ou pessoa (Moisiu, 2015). São crenças generalizadas, que atribuem características e comportamentos sobre grupos e os seus membros, levando à discriminação dos mesmos. Na base do preconceito, está a informação transportada pelo estereótipo, pois é este que fornece as crenças, e o preconceito acrescenta-lhe uma componente avaliativa, manifestando-se através de reações afetivas desfavoráveis transmitidas de forma verbal e não

verbal (atitudes), dirigidas a um grupo de pessoas estigmatizadas, envolvendo políticas e contextos que criam, promulgam e mantêm a desigualdade (Dovidio, Gaertner & Kawakami, 2002).

Assim, as atitudes formam-se em consequência de crenças duradouras e cognições, e dos afetos positivos ou negativos que uma situação social suscita (Ronzani & Furtado, 2010). Sendo que existe a tendência de coerência entre crença e atitude, uma ação que suscite alteração na crença do sujeito, poderá levar à mudança de atitude através da reestruturação da representação cognitiva do objeto (Gil, 2010).

## 2. A Doença e o Doente Mental – Perspectiva Histórica

Sendo a doença mental tão antiga quanto o Homem, foram diversos os olhares a si dirigidos ao longo da História da Humanidade. Para compreender o estigma, faz-se necessária uma abordagem histórica da doença.

O período em que se situa a denominada Idade Antiga começou na invenção da escrita (4000 a. C. a 3500 a.C.) até à queda do Império Romano (476 d.C), iniciando nesta data o período da Idade Média.

Os *loucos* são referenciados no Velho Testamento, assim como em estudos etnográficos das sociedades primitivas (Ferreira, 1987). O homem primitivo atribuía todas as doenças a forças sobrenaturais, como deuses ou demónios. As causas demoniacas eram utilizadas para explicar doenças manifestadas no comportamento, ou seja, as doenças mentais. Segundo Foucault (1972), a história da loucura na Grécia e Roma antigas situa-se num período temporal de 12 séculos, iniciado no tempo de Homero (700 a.C.), indo até à idade dos enciclopedistas greco-romanos (500 a.C.- 600 a.C). Na Grécia Antiga, no século V a.C., a loucura era desprovida de razão e o *louco* era considerado o mensageiro da palavra divina (Gil, 2010), como podemos constatar em *Ilíada*, poema épico de Homero. A loucura tem aqui uma concepção mítica e religiosa, onde o *louco* não era totalmente banido da sociedade, visto ser necessário um transmissor que tornasse compreensível as mensagens divinas ao comum mortal. Contudo, na obra *Órestes*, de Eurípedes (480 a.C.- 406 a.C.), citado em Mello (p.20), são observáveis concepções onde era reconhecido o sofrimento psíquico:

“ (...) Ai, delírio e terror povoam de fantasmas as noites (...) não sei onde me levará a minha corrida. Sou como um auriga que tenta controlar os cavalos já fora da estrada. Sempre sou vecido, o animo já não tem freios e arrasta-me. E o terror, sobre o coração já entos o seu canto numa dança louca (...) Escutai-me, enquanto ainda não perdi a razão... (...) E agora vou, exilado da minha terra e de mim”.

A tragédia de Eurípedes remete para o conflito interno, para o medo de se perder de si mesmo em *prol* da vontade divina.

Em meados do mesmo século, Hipócrates ( 460 a.c.- 370 a.c) exclui toda a explicação do sobrenatural das doenças. Inclui nos seus diagnósticos a personalidade, na teoria dos quatro humores – sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra - que, perante as quantidades destas substâncias presentes o corpo, levaria a estados de equilíbrio ou de doença, incluindo os da personalidade. Com ele, muda radicalmente o conceito de loucura, dando-lhe uma abordagem organicista (Ferreira, Firmino, Florido, Gamanho & Jorge, 2006; Gil, 2010; Miranda, 2008). Abandonavam-se, em parte, os preconceitos mágicos primitivos associados à loucura. De realçar que Hipócrates explicava à pessoa todos os factos do seu estado, fazendo dele um sujeito ativo no seu processo de cura, assumindo uma abordagem terapêutica inédita até então (Oliveira, 2005).

A cultura grega influenciou a conceção de loucura dos romanos com as suas ideias médicas e filosóficas. O seu conceito de loucura estava dominado por credices populares e superstições, o que levava à negligência e rejeição da pessoa com doença mental. No entanto, assiste-se a algum avanço no estudo da doença. De acordo com Santos (2001), citado por Oliveira (2005), o médico romano Galeno (130-200 d.C.), teorizou e aplicou algumas medidas acerca da doença.

A queda do Império Romano suscitou profundas mudanças na organização social da Europa, e levou à denominada Idade Média (séc. V – séc. XV), em que assistimos a um retrocesso na conceção de loucura .

A Igreja excluiu as práticas medicinais, passando à esfera dogmática do cristianismo. O *louco* encarnava o mal, rodeado de superstições. O tratamento era aplicado por entidades do clero com o objetivo de expiar os pecados, posto em prática através de exorcismos, autoflagelação

para purificação da alma, torturas para expiação do demónio e purificação pelo fogo (Ferreira, Firmino, Florido, Gamanho & Jorge, 2006). O doente mental passa, desta forma, a ser equiparado às feiticeiras, que encarnavam igualmente a maleficidade, levando, por vezes, o castigo à morte pelo fogo.

Na segunda metade do mesmo século, surge uma outra patologia epidémica que virá a relacionar-se com a exclusão social do doente mental, como veremos à frente – a lepra. O leproso é isolado fora das grandes cidades em casas de enorme dimensão, que foram originalmente construídas para acolher os doentes e seus familiares, transformando-se em espaços onde a restante sociedade era resguardada do mal, denominados leprosários.

Em finais da Idade Média, é extinguida a lepra do ocidente, deixando estes espaços vazios que fantasmaticamente ilustravam o mal e, com ele, a estigmatização social. Estes espaços viriam a ser destinados às pessoas com doença mental, pois eram igualmente temidos e, conseqüentemente, segregados. Tanto o leproso como o *louco*, embora em épocas e culturas distintas, exprimiam socialmente a personificação do mal do qual a comunidade teria de ser salvaguardada (Foucault, 1972).

Na época do Renascimento, segundo o mesmo autor, a loucura surge associada à figura literária da Nau do Loucos, que nos ilustra a existência errante dos *loucos*, essencialmente estrangeiros. Os nativos eram encarcerados na prisão sem qualquer tipo de intervenção terapêutica.

No século XVII assiste-se a uma mudança de paradigma com o trabalho de Descartes, segundo o qual loucura e razão não têm como coexistir, pois uma forçosamente exclui a outra (Gil, 2010). Com o fim de combater a ociosidade e a mendicidade, todos os desadaptados sociais são internados compulsivamente em instituições hospitalares, incluindo o *louco*. Esta regra vai-se propagando por toda a Europa, maioritariamente dentro dos muros dos antigos leprosários, estruturas semijurídicas, inseridas num sistema que julgava, punia e executava os excluídos sociais.

É no século XVIII, com a abordagem humanista do Iluminismo, que surge um novo olhar sobre a doença mental. Exaltando as qualidades inerentes ao Homem, o Iluminismo trouxe a confiança na possibilidade de aperfeiçoamento humano, fazendo crer que as instituições que encarceravam os excluídos poderiam autorgar tratamento ao doente mental, através do uso da

razão. Surge a possibilidade de reabilitação do doente mental, ultrapassando o monoteísmo de incurabilidade da doença mental (Oliveira, 2005). A par, inicia-se um movimento que leva ao nascimento da psiquiatria enquanto ramo da medicina. William Battie fundou, em 1751, um manicómio em Londres, tendo sido um dos primeiros médicos a defender os benefícios do internamento da pessoa com doença mental, defendendo o isolamento numa fase inicial de tratamento e devendo estes ser atendidos por enfermeiros e não por serviçais, como era costume à época (Shorter, 2001).

Em França, no início do século XIX, surge Philippe Pinel, cujo grande contributo reside na publicação, em 1801, de um manual de psiquiatria, motivo pelo qual Pinel é frequentemente associado ao início da psiquiatria moderna (Oliveira, 2005). Este psiquiatra defendia um contexto institucional terapêutico, levando à reforma do sistema institucional dos manicómios, rompendo com a conotação secular de espaços murados e excludórios do doente mental. Estas alterações verificaram-se noutras zonas da Europa, com Tuke em Inglaterra e Wagnitz e Reil na Alemanha (Foucault, 1972). Porém, o isolamento do doente mental continuou a ser uma constante, pois esta medida era considerada necessária como prática terapêutica, com o intuito de proteger os doentes dos estímulos externos.

A Primeira Guerra Mundial viria a trazer consequências nefastas a estes avanços ainda precoces e, como tal, de frágeis alicerces. Os manicómios transformaram-se em espaços super lotados com doentes mentais crónicos e agudos. Surgiu a falta de recursos financeiros e de pessoal especializado, originando uma espiral incontrollável de fatores sócio-económicos desfavoráveis, e, conseqüentemente, um abandono da terapêutica destes doentes e sua progressão. Entretanto, começam a surgir as teorias sociais e dá-se o nascimento da psicanálise através de Sigmund Freud (1856 – 1939). Ainda segundo Foucault, Freud, através da intervenção que implicava a relação entre o médico analista e o seu paciente, desmistificou as estruturas até então relacionadas com o doente mental, onde a condenação e sequestração deixaram de ter lugar (Shorter, 2001). O surgimento do trabalho de Freud, assim como o surgimento das Ciências Sociais e Humanas, começa a atrair investigadores destas áreas diversas e a ideia de doença mental como patologia médica começa a ganhar forma, assistindo-se, desta forma, ao início da afirmação da psiquiatria contemporânea (Cordeiro, 1987).

### 3. Do Processo de Desinstitucionalização da Pessoa com Doença Mental às Barreiras atuais à sua Integração Social

Em meados do século XX, surge o desenvolvimento da psicofarmacologia e, com este, a medicalização dos doentes mentais, o que deu início ao processo de desinstitucionalização (Alves & Silva, 2004; Milheiro, 2003; Nogueira, 2013). Os doentes psicóticos, em particular, poderiam ser desta forma integrados na comunidade devido ao efeito que a medicação surtia e, com este, a redução do receio de atitudes violentas por parte da pessoa doente (Gil, 2010). A partir do final da II Guerra Mundial, sobretudo em Inglaterra e França, assim como noutros países não inseridos em contexto de guerra, assiste-se ao surgimento de um novo conceito - a Saúde Mental. Em França, o psiquiatra Lucien Bonnafé estrutura um serviço público de apoio e tratamento ao doente mental, com a criação de equipas profissionais multidisciplinares, com o objetivo de prevenir e tratar os doentes mentais na comunidade, sendo o internamento uma das etapas do tratamento, de carácter transitório, de forma a evitar o isolamento e exclusão do doente. É oficializada uma política de saúde mental em França (Ribeiro, 2004). A década de 60 do século XX assinala, assim, o início do processo de desinstitucionalização nos países desenvolvidos do Ocidente (Loureiro, Dias & Aragão, 2008).

Nos anos 70, surge nos Estados Unidos da América um movimento que integrou a Psiquiatria e a comunidade terapêutica, tendo-se também adotado neste país uma política oficial de saúde mental, que teve a influência dos pressupostos de Gerald Caplan, na sua obra *Princípios da Psiquiatria Preventiva*, publicado pela primeira vez em 1964. Os pressupostos assentavam na prevenção primária, na conceptualização de crise como explicativa das doenças mentais e no desenvolvimento de prevenção primária em contexto de crise. O conceito de prevenção de Caplan incluía a ideia de que, através das oportunidades sociais e da criação de sistemas ambulatoriais de ajuda, os problemas de saúde mental e sociais diminuiriam (Ribeiro, 2004). Simultaneamente, surgem por vários países da Europa a aplicação destas novas medidas. Porém, a sua aplicação não significou a inserção social da pessoa com doença mental.

Embora com medidas diferentes entre países com culturas diferentes, a gestão de financiamento e apoio ao serviço comunitário para o doente mental foram deficitárias, onde coexistiu também a falta de preparação do doente mental para a sua inserção social. A falta de planeamento, de serviços de tratamento adequados e de reabilitação correspondentes às necessidades dos portadores de doença mental severa, com poucas campanhas de sensibilização e pobres em esclarecimento ao público sobre as doenças mentais e suas implicações, baseadas em opiniões pessoais sem a credibilidade dos estudos empíricos (Raftery, 1992), estão na base da exclusão social dos mesmos (Lamb, 1984).

Em Portugal, a desinstitucionalização dos doentes mentais ocorreu também na segunda metade do século XX.

Na década de 60, foi aprovada a Lei de Saúde Mental, que incluía as bases de saúde comunitária, mas só na década de 70 foram criados os Centros de Saúde Mental, um dos objetivos visados na Lei de 1963. Contudo, na prática não foram criadas estas estruturas, continuando os serviços de saúde mental centrados nos hospitais psiquiátricos, sobretudo nas grandes cidades (Direção Geral de Saúde, 2015).

A articulação entre os vários serviços de saúde, e a integração da Direção Geral de Serviços de Saúde Mental na Direção Geral de Saúde, foram efetivadas na década de 90 com a Lei nº 36/98, de 24 de Julho (Lei de Saúde Mental) que tributa que a prestação de cuidados é promovida sobretudo ao nível da comunidade, e que os serviços locais constituem a base do sistema nacional de saúde mental.

À semelhança de outros países, a falta de estruturação adequada à inserção social da pessoa com doença mental, tanto ao nível do tratamento psiquiátrico na comunidade como do enquadramento social, contribuiu para manter o estigma secular face à doença mental, excluindo e rejeitando a pessoa doente, inclusivamente a segurança social. A sociedade civil, como Instituições Particulares de Solidariedade Social e as famílias, assumiu algumas responsabilidades sociais no apoio a estas estruturas, mas respondem de forma insuficiente às reais necessidades inerentes à doença mental, o que dificulta a percepção desta doença enquanto problema social (Alves & Silva, 2004).

O processo de integração comunitária da pessoa com doença mental está ainda muito focado no internamento e consulta externa (Almeida & Xavier, 2008). Em 2010, assiste-se a mais um

passo legislativo na reestruturação dos cuidados de saúde mental, numa tentativa de reforma da psiquiatria direcionada para a reabilitação psicossocial, com a aposta em estruturas comunitárias, regulamentadas pelo Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro (Figueiras, 2010), mas, na prática, continuam a existir dificuldades em estruturar devidamente estas intenções. Na frente destas dificuldades, está o estigma social associado à doença mental e à pessoa portadora da mesma (WHO, 2005).

#### 4. Estigma - Conceptualizações

Goffman (1922-1982) publica em 1963 a obra intitulada *Stigma: notes on the management of spoiled identity*, sendo considerado o primeiro autor a organizar informação e a formular o conceito contemporâneo de estigma e das suas implicações na doença mental (Melo, 2000; Sousa, 2012).

Segundo Goffman (1963), citado por Oliveira (2005), os gregos antigos criaram este termo para se referirem a sinais corporais que evidenciavam algo de extraordinário ou negativo sobre o *status* moral do seu portador. Efeituavam uma marca corporal – corte ou queimadura – para assinalar que era um escravo, criminoso ou traidor, pessoa desonrada e indesejável, logo, alguém a evitar dentro do grupo social, por representar uma ameaça à mesma. Este autor refere também que, nas inter-relações, o estigma estabelece uma relação despersonalizante com o Outro, pois o indivíduo estigmatizado não emerge como alguém individual, mas como representante de certas características estigmatizantes. O estigma é, assim, composto por uma categoria de determinações e marcas que globaliza o sujeito, retirando-lhe a sua individualidade, dando discrepância entre a sua identidade social e a sua identidade real.

De acordo com Link & Phelan (2001), surgiram novas investigações sobre o tema tendo como base a conceptualização de Goffman, efetuadas sobretudo por investigadores das Ciências Sociais. Estes conceitos suscitaram críticas por parte de alguns investigadores nas décadas de 80 e 90, por ser considerado vago e pouco definido. Em resposta, estes autores elaboraram uma nova conceptualização sociológica de estigma, como sendo consequência de

vários fatores que se relacionam entre si, como a atribuição de “rótulos”, a associação destes a estereótipos negativos, a perda de *status*, a distinção entre o “normal” e o “diferente”, ou seja, entre o “nós” e o “eles”, e a discriminação, que ocorre em contextos de poder, devendo-se a assimetrias entre o poder social, económico e/ou político. Quanto à discriminação, os autores referem que esta surge tanto ao nível individual – tratamento social desigual direcionado a um grupo ou indivíduo -, como ao nível estrutural – condições sociais que limitam as oportunidades e recursos inerentes ao bem-estar das pessoas com doença mental.

Corrigan (2004), psiquiatra, defende uma conceptualização do estigma face à doença mental como sendo composto por quatro fatores sócio-cognitivos: estereótipos, preconceito, indícios e discriminação. Os estereótipos são estruturas de conhecimento, generalizadas, dirigidas a um determinado grupo social, enquanto o preconceito implica uma resposta cognitiva e afetiva desfavorável veiculadas pelo estereótipo, que levam a um comportamento de evitamento ou exclusão – discriminação. Este autor faz também a distinção entre estigma público e auto-estigma. O primeiro é descrito como o estigma que a população dirige ao doente mental, introduzindo um estereótipo – a exemplo, “todas as pessoas com doença mental são perigosas” -, levando ao preconceito –“concordo, todas as pessoas com doença mental são perigosas e eu tenho medo delas” – o que, por sua vez, leva a um comportamento discriminatório – “ Não quero estar perto delas; não lhes ofereço emprego”.

O auto-estigma refere-se ao conceito que o sujeito tem de si próprio, enquanto pessoa doente, e resulta de estereótipos negativos decorrentes do seu contexto sócio - cultural : “ as pessoas com doença mental são incompetentes; se eu tenho uma doença mental, sou incompetente e por isso não vale a pena procurar emprego”. O autor refere que, embora diferentes, os dois conceitos interagem, influenciando-se entre si.

Segundo Thornicroft, Broham, Kassam & Lewis (2008), o estigma assenta em três pilares: a falta de conhecimento sobre a questão doença mental (ignorância) leva ao preconceito gerador de uma atitude que, por sua vez, leva a um comportamento discriminatório.

#### 4.1. O Impacto do Estigma na Doença e na Pessoa com Doença mental

O impacto do estigma levou ao surgimento de vários estudos sobre o tema nas décadas posteriores à desinstitucionalização (Ritchie, 1994), que nos dizem que as crenças negativas predominantes dirigidas a pessoas com doença mental são a preguiça, a imprevisibilidade, a suscitação de piedade, a perigosidade, e a responsabilidade pessoal pela sua doença (Farina & Felner, 1973; Whaley, 1997; Martin, Pescosolido & Tusch, 2000; Angermeyer, Beck, Dietrich & Holzinger, 2004). Apesar de haver uma maior sensibilidade por parte da opinião pública, estes estereótipos ainda predominam (Loureiro, Dias & Aragão, 2008).

Contudo, existem diferentes estereótipos para diferentes enfermidades. A doença mental severa é comumente associada ao consumo de drogas, prostituição e criminalidade (Corrigan & Watson, 2002). A crença de perigosidade associada à pessoa com comportamentos psicóticos leva ao distanciamento social, o que contribui para a exclusão social da mesma (Shrivastava, Koleth, Hassan & Amawi, 2013). Ao contrário da doença física, estes doentes são percebidas como responsáveis e causadores da sua patologia, não suscitando piedade, mas sim a raiva e a crença que a ajuda não é merecida. A piedade apenas surge quando a causa da doença mental é atribuída a factores que a pessoa não é capaz de evitar como, por exemplo, os genéticos (Corrigan & Watson, 2006).

A um nível estrutural, os direitos civis ficam comprometidos, como arranjar habitação, emprego, ou acesso ao ensino superior (Everett, 2006). As atitudes estigmatizantes para com o doente mental são uma das causas com mais impacto no desinvestimento de recursos disponibilizados para os serviços de saúde mental face a outros serviços de saúde (Alves & Silva, 2004; Link & Phelan, 2001), e também o principal obstáculo na procura de tratamento adequado e continuidade do mesmo (Corrigan, 2004; Shrivastava, Johnston & Bureau, 2012). Este processo pode ser causador de grande *stress* para as pessoas portadoras de doença mental, logo, um problema de saúde pública e clínica (Corrigan, 2004).

A criminalização de doentes mentais é outra consequência do estigma, pois os sistemas de segurança policiais raramente encaminham a pessoa com um surto de doença mental para o

sistema de saúde, contribuindo para o aumento da prevalência de pessoas com doença mental severa no sistema prisional (Corrigan, 2004; Linz & Sturm, 2012).

A percepção do impacto do estigma foi estudada também por Schulze & Angermeyer (2003), a partir relatos de pacientes com doença mental severa, das suas famílias e dos profissionais de saúde, tendo sido identificadas quatro dimensões do estigma: a discriminação estrutural, a interação interpessoal, o acesso a papéis sociais e a imagem pública da doença mental. A discriminação estrutural deve-se à percepção por parte destes grupos de que existe *deficit* de recursos na saúde mental, em *prol* dos recursos para outras áreas da saúde. Na interação pessoal, os doentes relataram as suas vivências através de um muro de secretismo, pautado pela vergonha associado ao seu diagnóstico, afetando os seus contatos sociais e a sua identidade social. Quanto à dimensão da imagem pública da doença mental, esta associa predominantemente os estereótipos de violência e perigosidade aos doentes com esquizofrenia.

Estas crenças levam a diferentes respostas emocionais por parte do grupo estigmatizador e do grupo estigmatizado. O primeiro poderá experienciar raiva, piedade ou medo; o segundo, poderá sentir vergonha, medo e alienação (Link, Yang, Phelan & Collins 2004).

A OMS (2005), em parceria com a Comissão Europeia e o Conselho da Europa criaram um Plano de Acção na saúde, onde a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença mental constituíram prioridades (WHO, 2005). Este Plano indica o estigma como um dos aspectos a ser prioritariamente trabalhado, já que compromete o desenvolvimento e implementação das políticas de saúde mental. É também aqui apontado como a principal causa de discriminação e exclusão social, pois afeta a auto-estima da pessoa com doença mental, contribui para a disfunção familiar e limita a socialização e a obtenção de habitação e emprego, podendo criar barreiras quer na procura de tratamento adequado, quer no próprio processo de recuperação (OMS, 2001; OMS, 2008; WHO, 2005).

#### 4.2. Estratégias de Combate ao Estigma

As estratégias de combate ao estigma conceptualiza diferentes variáveis que co-ocorrem e a complexidade desta interação (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013).

Nos países desenvolvidos, foram efetuadas campanhas anti-estigmas oriundos dos E.U.A. e de vários países europeus, o que levou a estudos sobre a eficácia das mesmas. Corrigan et al.(2001), realizaram um estudo onde correlacionam os sentimentos de medo revelados e o nível de distância social do público em relação ao doente mental. Este estudo sugere que uma das medidas de prevenção e combate ao estigma e à discriminação será a de intensificar a familiaridade do público com as pessoas que experienciam doença mental. Watson & Corrigan (2005), citado por Jorge–Monteiro (2006), referem outro aspeto das campanhas anti-estigma que pode não ser o mais eficaz, propondo algumas alterações. As campanhas utilizam maioritariamente o protesto em forma de críticas, com o objetivo de consciencializar o público das injustiças causadas pelo impacto do estigma, com a intenção de que o público páre de pensar de determinado modo. Este modo de actuação como estratégia de preconizar mudanças de atitudes tem uma grande influência junto da população em geral, incluindo nos *media*, mas não se revela eficaz, pois pode ser sentida pelo público como impositiva à sua maneira de pensar, podendo transformar-se em obstáculo ao sucesso da prevenção, do tratamento e da reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental. Embora seja útil denunciar as vivências e consequências da pessoa estigmatizada, não fornece um modelo ou referência que o público possa adoptar.

Num estudo posterior (Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005), os autores defendem três tipos de estratégias: ações de protesto que permitam denunciar as atitudes de estigma, ações de carácter educativo que permitam reformular os estereótipos sobre a doença mental com abordagens mais informativas que impositivas, e as estratégias de contato direto com as pessoas portadoras de doença mental, de forma a permitir uma reformulação das representações sociais acerca da doença mental. Estas três medidas não são indissociáveis pois os estereótipos podem ser muito resistentes a nova informação, sendo por isso a

abordagem educativa insuficiente. Por tal, faz-se necessário o contacto direto com as pessoas estigmatizadas, sendo este fator mencionado na literatura como parecendo ser o mais eficaz (Thorncroft, Brohan, Kassam & Lewis, 2008; Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rusch, 2012). Os estudos existentes sobre estas medidas aplicadas na ação anti-estigma, indicam a eficácia das mesmas, pois observa-se uma redução significativa de preconceito e consequentes atitudes mais positivas em relação à pessoa com doença mental (Jorge-Monteiro, 2006).

Neste sentido, Corrigan (2011) elabora um estudo que visa a eficácia das ações anti-estigma, sob o acrónimo de TLC3 – *targeted, local, credible, continuous contact*. O autor defende que é essencial o *contato* sobretudo dirigidos a grupos específicos como empregadores, senhorios, cuidadores dos serviço de saúde mental, profissionais da comunicação social, sistemas judicial e criminal e em escolas, ao invés de se direcionarem ao público em geral. A forma de abordagem deste contacto deve ter em conta o *local* e tipo de população nele inserido. Os bairros inseridos nas grandes cidades têm diferenças sócio-económicas, sendo estas diferenças susceptíveis de influenciar os interesses do público alvo. A exemplo, um empregador ou senhorio dum bairro inserido numa zona nobre da cidade exigirá uma abordagem diferente dum empregador inserido numa zona empobrecida. Os recursos disponíveis para a saúde mental também são diferentes nas áreas rurais e urbanas, exigindo portanto, abordagens adequadas ao grupo-alvo de acordo com estas disparidades, assim como as diferenças étnicas e religiosas. A pessoa que efetuará o contato deve ser *credível*, devendo para tal ser semelhante em etnia, religião, *status* sócio-económico e condição de saúde mental. A exemplo, Corrigan refere que uma pessoa que atualmente é um empregador em processo de reabilitação de uma doença mental, é indicado para transmitir a mensagem anti-estigma num grupo - alvo de empregadores. Implicitamente, passa a mensagem de que as pessoas em recuperação podem ser bem sucedidas. A *continuidade do contato* é de suma importância, pois um único contato pode ser eficaz, mas os resultados correm o risco de ser fugazes, com efeitos limitados.

Um exemplo da importância do fator credibilidade de Corrigan, são as atitudes estigmatizantes ainda presentes nos profissionais de saúde mental. Apesar de existir contacto direto e educação superior no campo da doença e saúde mental, e destes serem promotores de

atitudes mais positivas, estes dois fatores não são suficientes para erradicar crenças e atitudes estigmatizantes dirigidas à pessoa com doença mental (Loureiro, Dias & Aragão, 2008; Figueiras, 2010).

Em Portugal, foi aplicado o Programa Sensibilização *SMS Estigma* (Saúde Mental Sem Estigma) a uma amostra de adolescentes, cujos resultados indicam que as estratégias de Educação e Contacto minimizam o estigma face à doença mental. Além de ter impacto positivo nas atitudes estigmatizantes, os elementos da amostra revelaram ter maior competência para reconhecer sintomatologia associada a problemas de saúde mental, tanto em si como nos outros (Oliveira, Carolino & Paiva, 2012).

Indo de encontro a resultados semelhantes, Arboleda-Florez (2012) apresenta seis propostas como estratégias anti-estigma. Para além de ações de protesto, educativas e de contato direto, propõe ainda a defesa dos direitos dos doentes com ações que promovam a garantia dos mesmos, a reforma legislativa com a criação de leis anti-estigma e o manuseamento do auto-estigma através de oportunidades que promovam a capacidade dos doentes de encontrarem uma significação pessoal mais positiva, que permitam a valorização dos seus papéis sociais.

Como uma das estratégias de combate ao estigma e de promoção de saúde mental, o serviço de saúde inglês propôs, em 2002, a inclusão e envolvimento dos utentes portadores de doença mental nos processos de pesquisa, e conta atualmente com uma política de colaboração entre os investigadores clínicos e os utentes. No seguimento, Rose, Fleischman & Wikes (2008) averiguaram quais as prioridades dos utentes na pesquisa sobre doença e saúde mental. Estes revelaram-se mais interessados nas pesquisas da doença mental oriundas das áreas social e psicológica, e menos nas pesquisas do modelo biomédico. As suas prioridades incidiram em pesquisas de tratamentos alternativos à medicação. Dar voz ao utente, incluindo-o nas práticas de investigação, permite, na prática, que o utente de doença mental severa tenha uma palavra a dizer sobre as investigações acerca da psicopatologia com que vive, e pode inclusive vir a mudar a prática clínica (Lloyd & White, 2011).

### 4.3. O Papel dos Órgãos de Comunicação Social

A maior fonte de informação ao público sobre qualquer assunto, inclusive sobre a doença mental, são os órgãos de comunicação social (Whal, 1992). Assim, o público tende a formar a sua opinião através da informação veiculada em filmes, programas de televisão e notícias.

Whal (2003a), elaborou um estudo em que alerta para as raízes do processo de estigmatização, indicando que se situam na infância. Sendo as crianças consumidores significativos dos *media*, tornam-se num grupo vulnerável à exposição das representações sociais da doença mental, pois as crenças são adquiridas ao longo da vida, começando este processo nas fases precoces do desenvolvimento. Segundo o autor, as crianças assimilam a informação veiculada, e interiorizam a representação do doente mental como vilão e perigoso, o que pode levar à rejeição dos pares com perturbação mental. Os *media* suscitam a falta de empatia e insensibilidade, pois as crianças aprendem a partir de modelos que menosprezam as pessoas, através da utilização de “rótulos”, utilizando gíria ofensiva dirigida a este grupo. Estas representações dão às crianças a ideia de ambiente hostil que rodeia o mundo da pessoa com doença mental, podendo vir a ser impeditivo para a procura de tratamento que, eventualmente, necessite no futuro.

Outro fator indicador da contribuição dos *media* na estigmatização pública (Jornal Oficial da União Europeia, 2013), deve-se ao facto das pessoas com doença mental não se apresentarem publicamente, devido ao muro de secretismo associado à sua estigmatização (WHO, 2005). Os relatos das suas experiências maioritariamente fornecidos por um terceiro – familiar, advogado, e outros. Esta falta de voz que a pessoa doente tem junto dos meios de comunicação social, pode ser percecionada pelo próprio como sendo incompetente, perpetuando o auto-estigma.

Nairn & Coverdale (2005), referem que os *media* não mencionam aspetos da recuperação da pessoa com doença mental. Este fator alimenta a crença do público da incurabilidade da doença, podendo afetar a disponibilização de recursos para tratamentos e para programas de

reabilitação, pelo que Whal (1999), citado por Sousa (2012) salienta a necessidade dos jornalistas referirem as histórias de recuperação do doente mental.

Pirkins (2012), realizou uma revisão de vários estudos efetuados em diferentes países sobre o papel dos *media* na estigmatização do doente. Esta revisão confirma que existe a tendência de apresentar a doença mental de forma a promover o estigma, reforçando mitos, relacionando a violência à prática de crimes, a imprevisibilidade e a perigosidade, e apresentando os doentes como pessoas passivas merecedoras de piedade. De salientar que sendo os *media* a principal fonte de informação social, inclusivamente para o próprio doente, afeta a auto-representação deste, o que contribui para a perpetuação do auto-estigma (Bento, 2014).

Em Portugal, os estudos indicam a mesma tendência. Tanto os *media* de informação, como os *media* de entretenimento associam de forma frequente a doença mental à violência (Ferro, 2013), e não conduzem as notícias referentes aos doentes mentais numa perspetiva que fomente processos de recuperação e integração sociais; desta forma, a atenção pública para a doença mental é concentrada em episódios negativos, com *deficit* de esclarecimento. A maioria dos conteúdos emitidos sobre o assunto, referem-se a crimes cometidos por pessoas portadoras de doença mental, utilizando uma linguagem metafórica e rude para retratar as situações, o que mantém um efeito desinformado e estereotipado da pessoa com doença mental que, ao contrário da opinião pública, não são mais susceptíveis de cometer crimes que o cidadão considerado “normal” (Bento, 2014).

No sentido inverso, será útil que ações de combate ao estigma contem com o apoio dos meios de comunicação, pois a informação passada por estes influencia os comportamentos sociais e auxilia no combate à desinformação (OMS, 2005; Ferro, 2013), podendo ter um impacto positivo se os meios de comunicação social transmitirem a informação através da pessoa com doença mental (Nairn & Coverdale, 2005).

## 5. Das raízes das *Outras Vozes* ao nascimento da Rádio Aurora – A Outra Voz

No sequência das desinstitucionalização que levou ao encerramento e/ou transformação de alguns hospitais psiquiátricos, foi encerrada em 1989 a Casa Anchieta, em Santos, estado de São Paulo, no Brasil, e reabre numa época de período Pós Reforma Psiquiátrica, como casa de saúde. (Tribuna, 2007). O arte-terapeuta Renato Di Renzo inicia, como atividade artística-cultural, um programa de Rádio em que os locutores eram os pacientes psiquiátricos. Nasce a Rádio Tam Tam, que teve a durabilidade de sete anos, tendo sido uma das primeiras rádios com esta característica (Strepell & Palombini, 2011).

Na Argentina, em 1991, surge a Rádio La Colifata, dentro das instalações do hospital neuro-psiquiátrico Dr. José T. Borda, o maior de Buenos Aires. Escutado por milhões de pessoas através de 55 estações de rádio, o programa foi premiado em 1996 pela sua contribuição social e popularidade. Em 1996, recebeu vários prêmios, entre eles uma Menção Honrosa “Martin Fierro APTRA “, o mais importante atribuído em produções de rádio e de T.V. (Materazzi, Jakab & López, 2005). Em 1997, a Rádio La Colifata recebeu a declaração de especial interesse para a sociedade pelo Congresso Nacional Argentino, pela sua contribuição em atividades culturais e participação social.

O projeto nasceu da ideia de um estudante de psicologia, Alfredo Oliveira, que na época trabalhava como voluntário no hospital. Oliveira tinha como ideia central combater o isolamento social dos pacientes. Para tal, o formato do programa consistiu em colocar os pacientes como locutores (homens e mulheres), de forma a responder às questões do público sobre as pessoas com doença mental. Estava estabelecido o contacto direto entre a pessoa com doença mental e o público, o que permitiu o contacto dos pacientes com o exterior, eliminando o seu isolamento (Chelala, 1998).

Em 2004, passou pela primeira vez no canal televisivo de maior audiência na Argentina, atingindo níveis considerantes de audiências (FINTECO, 2005).

Este projeto permitiu uma forma diferente do paciente se expressar, tendo também uma vertente terapêutica:

“(…) a partir da restauração da rede social e avaliação do discurso individual da pessoa institucionalizada, como uma maneira de trabalhar em saúde tanto ou mais eficiente que os

mesmos dispositivos hospitalares. A tarefa do Rádio concentra-se sobre a identidade e reconstrução pessoal (tal como uma pessoa) de cada paciente, num resgate que tem lugar através da recuperação da fala, da valorização das particularidades de cada discurso e sua veiculação através dos órgãos de comunicação” (Correa-Urquiza, p.96).

Martin Correa-Urquiza, antropólogo doutorado em Antropologia da Medicina e Saúde Internacional, após contacto com a Rádio Colifata, leva este projeto para a cidade de Barcelona em 2002. Adaptada ao contexto sócio-cultural diferente no âmbito da saúde mental, em que os pacientes tinham uma autonomia relativa através das políticas de reabilitação e integração da pessoa com doença mental, a Catalunha dispunha de uma rede de serviços como os Centros de Dia, e Hospitais de Dia que funcionavam de forma satisfatória. Por outro lado, estes serviços *per si* não chegavam para pôr fim à discriminação social da pessoa com doença mental, porque o modelo biomédico reduz a pessoa à sua doença ( Correa-Urquiza, 2009). A Rádio Nikósia permite, à semelhança de La Colifata, proporcionar aos pacientes a vivência de outros papéis sociais através da função de locutores deste meio de comunicação, assim como permite o combate ao estigma associado à doença mental.

### 5.1. Rádio Aurora – A Outra Voz

*“Acredito que ajudamos a mudar mentalidades”*

Cláudia, membro da Rádio

Inspirados na Rádio Nokósia, no dia 6 de Março de 2009 os psicólogos clínicos Dr. Nuno Faleiro e Dra. Isabel Moura-Carvalho reúnem com oito pacientes no antigo Hospital Miguel Bombarda, e decidem importar o conceito, nascendo assim a Rádio Aurora – A Outra Voz. Com o encerramento do Hospital Miguel Bombarda, mudam para as instalações do Hospital Júlio de Matos (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa), situado no Parque de Saúde de Lisboa, dando continuidade ao projeto.

Atualmente, este projeto conta com a participação do Dr. Nuno Faleiro e doze pacientes com doença mental considerada severa, combatendo o estigma social face à doença mental através da informação /esclarecimento proporcionado através deste meio de comunicação.

*“O nosso trabalho é dar Voz a quem não tem Voz. Acabamos por ajudar também outras pessoas com doença mental como nós – combatemos o auto-estigma”*

Filipe, membro da Rádio

*“Uma das barreiras para combater o estigma é que são sempre os outros a falar da doença e de nós, pessoas com doença mental; são os médicos ou os nossos familiares. Aqui, falamos na primeira pessoa.”*

Rita, membro da Rádio

*“O programa ajudou-me a comunicar melhor”*

Pedro, membro da Rádio

Os pacientes dão a sua Voz, entrevistando pessoas da sociedade portuguesa - como agentes da vida política, cultural, científica, entre outros, e promovendo debates sobre variados temas. Os locutores elaboram o guião das entrevistas, discutem, decidem e contactam quem entrevistar. A realização do programa fica a seu cargo, diminuindo a distância entre público e a pessoa com doença mental.

Atualmente, são emitidos em 23 estações de rádio portuguesas, e através da internet, entre Portugal Continental e os arquipélagos da Madeira e dos Açores. No sentido inverso, o seu trabalho é dado a conhecer através de reportagens em Jornais Nacionais Diários (Carvalho, 2012; Pires, 2013), ou reportagens noutros programas de rádio (Brandão, 2015). Marcaram presença no Pavilhão do Conhecimento, na exposição Loucamente, onde entrevistaram o humorista Jorge Mourato, sob o tema “Humor e Loucura”.

A sua projeção alcançou níveis internacionais, fazendo programas conjuntos com rádios do México e Costa Rica. Recentemente, fizeram uma parceria com a Rádio La Colifata, emitindo também na Argentina.

A forma de intervenção desta equipa não se resume aos programas de rádio: as redes sociais permitiram a sua expansão, o que levou à possibilidade de intervirem diretamente na comunidade, como em conferências ou aulas de instituições do ensino superior. Estiveram presentes no Encontro Luso – Galaico de Rádios alternativas, assim como no Ciclo de Cinema sobre a loucura e no Festival Arte e Saúde Mental, em Moscovo. Assim, a projeção internacional do trabalho deste grupo de pessoas ultrapassou a Rádio como meio de dar a sua voz e combater mitos, supertições, preconceitos, em suma, o estigma social associado à doença mental.

*“Vir para aqui muda o meu dia, sinto-me útil, sinto que aqui é o meu lugar”*

Filipa, membro da rádio

O ambiente que podemos encontrar na varanda das instalações é de profissionalismo. Ao nível dos afetos, é de acolhimento e cumplicidade entre os membros. É visível o sentimento de pertença que este projeto proporciona, o entusiasmo e vigor posto no objetivo, a consciência de quem sabe o quanto o estigma afeta a pessoa de cada um, “encarcerada” dentro dos mitos que a falta de informação e a estigmatização secular ainda promove. São agentes ativos na luta comum de quem experiencia a doença mental.

*“O estigma é uma coisa muito forte; na minha própria família, não acreditavam que eu conseguisse fazer parte dum projeto destes. Através da Rádio, já não têm esse preconceito.*

*Vêm-me a mim e a doença mental de outra forma”*

Rita

Até onde chega a Voz da Rádio Aurora no combate à estigmatização associada à doença mental? De acordo com os estudos referidos anteriormente, apesar de haver um maior esclarecimento e sensibilidade do público face à doença mental, as crenças acerca destas são ainda negativas. Tendo os meios de comunicação um forte poder sobre a informação veiculada, em termos de impacto no público, faz-se pertinente averiguar a eficácia deste programa de rádio com a peculiaridade de ser realizado por pessoas com doença mental considerada severa, como fonte de informação em primeira voz. Espera-se, portanto, que esta Outra Voz tenha o efeito de diminuir as crenças negativas face à doença mental e aos seus portadores, sendo pertinente a seguinte questão de investigação:

- A audição de dois programas da Rádio Aurora – A Outra Voz altera as crenças face à doença mental (CDM)?

## II – MÉTODO

### 1. Delineamento

O presente estudo é exploratório, *quasi*-experimental comparativo, constituído por um único grupo experimental (grupo pré e pós-teste).

Estão em estudo as seguintes variáveis:

- Variável independente – Momentos de Observação 1- antes de ouvir dois programas; Momento de Observação 2 - depois de ouvir dois programas.
- Variável dependente – Crenças acerca da Doença Mental (CDM).

### 2. Participantes

A amostra foi recolhida pelo método não-probabilístico de conveniência, pelo facto estarem inseridos na população adulta e ativa portuguesa. A condição de participação foi nunca terem ouvido qualquer programa emitido pela Rádio Aurora – A Outra Voz.

É composta por 30 sujeitos (Anexo A), todos funcionários públicos no ativo dos Serviços de Ação Social da Universidade Técnica Lisboa (SASUTL), com diferentes funções profissionais. 20 são do género feminino e 10 do género masculino, com idades compreendidas entre 27 e os 63 anos, com uma média de 43, 3 anos (DP= 9,8).

Relativamente às habilitações literárias dos sujeitos, a maioria (56,7%) possui o Ensino Secundário concluído, 26,7% possuem licenciatura, 13,3% concluíram o Ensino Básico e 1 sujeito possui Mestrado.

Quanto ao estado civil, 50% é casado ou vive em união de facto, 30% são solteiros e 20% divorciados.

### 3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram um Questionário destinado à recolha de dados sócio-demográficos, o Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICDM), de Loureiro (2008) e a audição de dois programas da Rádio Aurora – A Outra Voz (Programa A e Programa B).

#### 3.1. Questionário Sócio-Demográfico (QS)

O QS inclui as seguintes questões: habilitações literárias, estado civil, profissão (função que desempenha na Função Pública), e questiona se existe a experiência direta (experiência do próprio) em consulta de psicologia ou psiquiatria, e/ou (familiar com doença mental, institucionalizado ou não). Inclui, ainda, um espaço onde o participante inseriu um código, sem revelar a sua identidade de forma a permanecer anónimo, para ser possível emparelhar os dados recolhidos nos dois momentos (Anexo B).

#### 3.2. Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICDM)

O ICDM (Anexo C) foi construído de raiz para a população portuguesa, e apresenta qualidades psicométricas satisfatórias - validade e fidelidade (Loureiro, Dias & Ferreira, 2006) (Anexo D).

Preenchido o Inventário pelos elementos da amostra num total de 47 itens, para a análise deste trabalho foram excluídos os itens 26 e 41, na medida em que, segundo Gil (2010), o autor do instrumento considera que estes têm fraca revelância na mensuração dos fatores que constituem.

É, assim, composto por 45 itens, com formato de resposta do tipo Likert, que varia entre 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos, e tem como objectivo mensurar os níveis de crenças face à doença mental. Segundo Gil (2010), está organizado em seis fatores, distribuídos da seguinte forma:

### Fator 1 – Incurabilidade (INC)

Este fator inclui os itens 11,15,16,20,21,23,28,33,39 e 44. Tendo um total de 10 itens, os *scores* desta dimensão podem variar entre 10 a 60 pontos.

Remetem para a crença de incurabilidade da doença mental (“*Não acredito que uma doença mental fique curada em definitivo*”), e para as crenças referentes à falta de competências da pessoa com doença mental assumir responsabilidades do foro laboral e familiar (“*Uma pessoa com doença mental deve ter um emprego que exija pouca responsabilidade*” ; “*Uma pessoa com doença mental tem menos capacidade para ser bom Pai/Mãe*”).

### Fator 2 – Reconhecimento da Doença (RD)

Este fator é composto pelos os itens 8, 13,17, 24, 25,27,32, 34, 37 e 40, num total de 10 (*scores* entre 10 e 60 pontos).

Remetem para a direção inversa, ou seja, a não estigmatização da doença mental, indiciando a sua aceitação (“*Existem tantas doenças mentais estranhas que nunca sabemos quando podemos vir a sofrer de uma delas*”), a crença no tratamento da doença mental (“*A doença mental requer, logo desde o início, um tratamento adequado*”) e a crença na recuperação/ reabilitação da pessoa com doença mental (“*Se os doentes mentais viverem num ambiente familiar e comunitário, isso tem influência na recuperação da sua doença*”)

### Fator 3 – Doença como causa de estigma e discriminação (DED)

Constuído pelos itens 9, 18, 29, 35, 36, 42, 45 e 46, num total de 8, situando-se os *scores* entre os 10 e os 48 pontos.

Este fator remete para a crença do estigma e discriminação nas esferas relacionais mais próximas da pessoa com doença mental “*Sentiria vergonha se alguém da minha família viesse a sofrer de doença mental*”; “*Não confiaria no trabalho de uma pessoa com doença mental que trabalhasse comigo (na minha equipa)*” )

#### Fator 4 – Perigosidade (PER)

Composto pelos itens 1,6,7,14,31,38 e 43, num total de 7. Desta forma, os *scores* podem variar entre 10 e 36 pontos.

São associados à crença de que os doentes mentais são imprevisíveis, logo, perigosos, podendo-os levar a ter um comportamento violento e, até, criminoso (*“É melhor ficar longe de pessoas com perturbações mentais porque o seu comportamento é perigoso”* ; *“A pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa”*).

#### Fator 5 – Responsabilidade Pessoal (REP)

Composto pelos itens 3, 4, 12, 19 e 47. Com um total de 5 itens, os *scores* situam-se entre os 10 e os 30 pontos.

Estão associados à crença de que a pessoa com doença mental é responsável pela sua doença/saúde (*“Se vier a sofrer de uma doença mental é porque não tive o cuidado que devia ter”* ).

#### Fator 6 – Doença como condição médica (DCM)

Neste fator incluem-se os itens 2,5,10,22 e 30, constituindo um total de 5. Os *scores* situam-se entre os 10 e os 30 pontos.

Relacionam-se com a crença de que a doença mental é uma condição clínica, como seja uma doença física, remetendo para a terapêutica medicamentosa da mesma (*“A doença mental é uma condição médica, como outras doenças”*; *“Os medicamentos melhoram o funcionamento do cérebro”*).

### 3.4. Programas da Rádio Aurora – A Outra Voz

Foram aplicados dois programas de rádio (Programa A e Programa B).

O Programa A consistiu na primeira parte de uma entrevista a uma figura pública, nome da música portuguesa, com a duração temporal de 30 minutos.

O Programa B consistiu num debate entre os elementos da Rádio Aurora – A Outra Voz, com a temática “*O sentido da vida*”, com a mesma duração de tempo – 30 minutos.

O formato foi em áudio, transmitido através de um computador portátil.

## 4. Procedimento

Foi contactada uma funcionária dos S.A.S.T.U.L. via telefone, em que foi apresentada de forma breve a intenção deste projeto, tendo sido agendada uma reunião presencial com a mesma. Nesta reunião, foi apresentado o objetivo do contacto e deste estudo, de forma a averiguar se seria possível reunir com os participantes no espaço físico do exercício das funções, tendo sido consentida esta possibilidade.

Posteriormente, foi efetuado contacto telefónico com os funcionários distribuídos pelos diversos locais onde se inserem os SASUTL, de forma a ter o maior número possível de participantes, tendo sido agendadas datas para a recolha de dados, que se efetuou em ambiente controlado – sala devidamente protegida de estímulos, como barulho ou movimentos externos ao ambiente que pudessem suscitar a distraibilidade ou outras interferências nos participantes.

No primeiro momento da recolha de dados, compareceu um total de 46 sujeitos, distribuídos em três locais diferentes onde se localizam os SASUTL. No segunda fase da recolha de dados, compareceu um total de 30 sujeitos, tendo a amostra ficado reduzida a este número de participantes (n=30). Este grupo foi dividido em dois para se proceder ao contrabalanceamento da ordem de apresentação. Desta forma, foi aplicado o Programa A ao grupo 1 no primeiro momento da recolha de dados e o Programa B no segundo momento; da mesma forma, foi aplicado o Programa B ao grupo 2 no primeiro momento, e o Programa A a

este grupo no segundo momento. O intervalo de tempo entre a primeira e a segunda recolha de dados foi de 7 dias.

Descrição do procedimento nos dois momentos de observação (O1 e O2):

O1 - Apresentação do estudo aos participantes, tendo sido esclarecido que o objetivo é averiguar o que, em geral, as pessoas pensam acerca da doença e das pessoas com doença mental. Foram esclarecidas dúvidas pontuais quanto ao estudo em si e/ou procedimento e suas condições de aplicabilidade, e entregue o Consentimento Informado (Anexo E), tendo os participantes preenchido o QS e o ICDM.

Após a recolha dos dados, foi apresentada a Rádio Aurora – A Outra Voz da seguinte forma: “Emitido a partir do Hospital Júlio de Matos, em Lisboa, e realizado por pessoas com cadastro psiquiátrico, a Rádio Aurora – A Outra Voz é um programa onde se interroga o mundo acelerado em que vivemos, as suas loucuras e normalidades, sem moralismos, sem conformismos”. De seguida, procedeu-se à audição do Programa A ao grupo 1, e do Programa B ao grupo 2. Agendou-se nova reunião com data para a semana posterior, tendo os participantes sido informados que se iria proceder à audição de outro programa, prosseguido do preenchimento do mesmo questionário (ICDM).

O2 – Audição do Programa B ao grupo 1, seguida do preenchimento do ICDM imediatamente após a audição do programa; audição do Programa A ao grupo 2, seguida do preenchimento do ICDM de igual forma. Foi solicitado aos participantes que inserissem o código introduzido no QS no segundo ICDM, de forma a ser emparelhado com o primeiro.

As audições, num total de quatro, foram efetuadas na presença da investigadora deste estudo.

Para a realização do tratamento estatístico dos dados, recorreu-se ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), V22.

## 5. RESULTADOS

Inicialmente, procedeu-se à comparação da pontuação total do ICDM nos dois momentos através do teste Não paramétrico de Wilcoxon (Anexo G).

Tabela 1 – Média e Desvio Padrão da Pontuação Total do ICDM nos dois momentos de observação

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>p</b>
<b>Antes de ouvir os programas</b>		140,10	28,30	
<b>Depois de ouvir os programas</b>	30	125,73	21,12	<0,001**

\*\*p<0,01

Tal como se pode observar, a média da pontuação total de crenças acerca da doença mental é superior no primeiro momento (M=140,10; DP= 28,30). Após a audição dos dois programas da Rádio Aurora – A Outra Voz, verifica-se um decréscimo nas crenças negativas acerca da doença mental (M=125,73; DP= 21,12), sendo estas diferenças significativas (sig <0,001).

A partir do somatório do total de itens dos seis fatores, calculou-se o *score* total do Inventário de Crenças acerca da Doença Mental = 264 pontos.

Observa-se uma diminuição percentual de 53% entre o momento de Observação 1, para 47% após a audição dos programas de rádio – momento de Observação 2.

Estando o ICDM está dividido em várias dimensões, torna-se pertinente perceber se existem diferenças significativas entre o momento de Observação 1 e o momento de Observação 2 em cada uma. Para este efeito, foi realizado o teste Não paramétrico de Wilcoxon (Anexo H). Podemos observar os resultados obtidos na tabela 2:

**Tabela 2 – Média e Desvio Padrão da Pontuação Total nos dois momentos por Dimensão**

Dimensões	N	M	DP	P
Incurabilidade_M1	30	36,26	10,02	<0,001**
Incurabilidade_M2	30	31,63	8,29	
Reconhecimento da Doença_M1	30	32,70	4,78	,018*
Reconhecimento da Doença_M2	30	30,40	2,72	
Doença Causa Estigma Discriminação_M1	30	21,23	6,18	<0,001**
Doença Causa Estigma Discriminação_M2	30	17,10	4,26	
Perigosidade_M1	30	23,06	6,67	<0,001**
Perigosidade_M2	30	17,43	4,97	
Responsabilidade Pessoal_M1	30	15,20	4,97	<0,001**
Responsabilidade Pessoal_M2	30	12,70	3,38	
Doença Condição Médica_M1	30	15,80	3,34	,193
Doença Condição Médica_M2	30	15,40	3,13	

\*\*p<0,01 \*p<0,05

Resultados do momento de Observação 1:

No primeiro momento da recolha de dados, observa-se uma percentagem mais elevada nas médias das crenças associadas a “Perigosidade” (M= 23,06), com uma percentagem de 64%. De seguida, observamos uma percentagem de 60% nas crenças de “Incurabilidade” (M= 36,26), “Reconhecimento da Doença (M= 32,70) com 54,5% e “Responsabilidade Pessoal (M= 15,20) com uma percentagem de 50%. A dimensão que remete para as crenças da “Doença como Condição Médica” (M=15,80) obteve uma percentagem de 52% e “Doença como Causa de Estigma e Discriminação” (M= 21,23) indica-nos 44% do total dos *scores* desta dimensão.

Verifica-se, neste primeiro momento, a predominância de crenças estereotipadas nas crenças de “Perigosidade” e de Incurabilidade da doença (64% e 60% respetivamente).

De seguida, observamos valores percentuais médios de crenças associadas ao “Reconhecimento da Doença” (54,5%), “Doença como Condição Médica” (52%) e “Responsabilidade Pessoal” (50%). Os valores mais baixos verificam-se na dimensão “Doença como Causa de Estigma e Discriminação” (44%).

Resultados do momento de Observação 2:

Após a audição dos Programa A e B, verifica-se uma diminuição significativa de crenças “negativas” em cinco das seis dimensões, mais acentuada nas crenças de “Perigosidade” que apresenta um decréscimo de 28% em relação ao primeiro momento de Observação, tendo alcançado níveis “positivos” no segundo momento (< 50%).

A “Doença como causa de Estigmatização e Discriminação” apresenta uma diminuição de 11%, embora com valores “positivos” desde o primeiro momento de observação.

Nas crenças de “Responsabilidade Pessoal” observa-se um decréscimo de 8%, tendo baixado os níveis de crenças “negativas” para valores “positivos” (42%).

As crenças negativas de “Incurabilidade” obtiveram um decréscimo de 7%., tendo atingido níveis médios (53%).

As crenças de Reconhecimento da Doença” apresenta uma diferença percentual de 4,5% em relação ao primeiro momento (50%).

A dimensão “Doença como Condição Médica” não sofreu alterações significativas, apresentando valores médios, o que demonstra a valorização do que pretende mensurar.

Em todas as outras dimensões podemos verificar que as crenças negativas são sempre superiores no primeiro momento, ou seja, o programa Aurora - A Outra Voz fez com que os níveis dos fatores Incurabilidade, “Reconhecimento da Doença”, “Doença como Causa Estigma e Discriminação”, “Perigosidade” e “Responsabilidade Individual”, diminuíssem significativamente (sig < 0,05).

## 6. DISCUSSÃO

No primeiro momento da recolha de dados, verifica-se uma valorização das dimensões “Perigosidade” e “Incurabilidade”, “Reconhecimento da Doença”, “Doença como Condição Médica” e “Responsabilidade Pessoal” (por esta ordem).

Estes resultados são coerentes com os observados na literatura, nomeadamente no facto de se verificar valores considerados médios no primeiro momento nas dimensões “Reconhecimento da Doença” e “Doença como Condição Médica”, indicadores de uma mudança no olhar da doença mental, preconizado pelas reformas psiquiátricas e pelas políticas de saúde mental das últimas décadas (Shorter, 2001; Gil, 2010; Loureiro, Dias & Aragão, 2008). A *loucura*, em termos de representação social, é atualmente vista como *doença* (Foucault, 1972).

O facto da doença mental ser reconhecida como tal, pode significar os baixos níveis das crenças “Doença como Causa de Estigma e Discriminação” verificados neste estudo logo a partir do primeiro momento. Contudo, não podemos ignorar o fator desejabilidade social (Crowne & Marlowe, 1960), a que este método de recolha de dados pode ter sido susceptível. Por outro lado, a crença de “Perigosidade” surge com níveis elevados no primeiro momento, assim como a de “Incurabilidade”, indo de encontro a resultados observados noutros estudos (Farina & Felner, 1973; Whaley, 1997; Martin, Pescosolido & Tusch, 2000; Loureiro, Dias & Aragão, 2008). Ou seja, o facto de haver um reconhecimento da doença mental enquanto condição médica, não traduz, por si só, uma mudança do que Milheiro (2003) denominou de “mentalidades”, pois as crenças de perigosidade associadas metaforicamente pelo autor à imagem da figura aterradora de lobisomem (do *louco*), continuam interiorizadas, decorrentes de séculos de medo que todos temos face à loucura, à *perda de si*, que o autor compara com o medo da morte inerente à condição humana. Estes estereótipos associados a crenças negativas continuam a fomentar a distância social, levando à exclusão e ao isolamento da pessoa com doença mental, ou seja, à discriminação (Linz & Sturm, 2012; Loureiro, 2011), podendo igualmente levar à rejeição da doença e de tratamento adequado (Corrigan, 2004; Loureiro, Dias & Aragão, 2008; Michaels & Corrigan, 2013).

Os resultados verificados na dimensão “Responsabilidade Pessoal”, ou seja, as crenças de que a pessoa é responsável pela sua doença, embora não tenha valores médios elevados, são coerentes com resultados observados em estudos anteriores (Corrigan & Watson, 2002).

Após a audição dos programas da Rádio Aurora – A Outra Voz (Programa A e Programa B), assistimos a um decréscimo em cinco das seis dimensões em estudo.

As dimensões “Doença como Causa de Estigma e Discriminação”, “Perigosidade” e “Responsabilidade Pessoal” surgem com resultados com valores médios mais baixos de crenças estigmatizantes no momento de Observação 2.

A crença mais valorizada no segundo momento foi “A Doença como Condição Médica”, que não apresenta diferenças significativas entre os dois momentos, o que se traduz por uma manutenção da representação social da doença mental enquanto doença de cariz médico, em relação ao primeiro momento.

A dimensão de crenças que remetem para a “Perigosidade”, foi a que apresentou diferenças mais significativas entre os dois momentos: passou da crença mais valorizada no primeiro momento, para a menos valorizada após a audição dos programas, o que significa que foi a dimensão em que os programas surtiram mais efeito na diminuição de crenças estigmatizantes.

Sendo as crenças de “Perigosidade” das mais relevantes na literatura sobre estigmatização da doença mental, salienta-se a relevância dos programas promoverem o efeito de a diminuir significativamente. O *ouvir* a pessoa com doença mental a realizar um programa de rádio, ouvir a sua voz e os seus pensamentos, expressos no programa que incluiu um debate (Programa B), ou a forma divertida e simultaneamente profissional com que foi conduzida a entrevista (Programa A), esbateu a imagem do *lobisomem*, ou seja, a imagem da pessoa com doença mental associada à violência ou, até, a comportamentos violentos, contributiva para a prevalência de doentes mentais em prisões (Corrigan, 2004; Linz & Sturm, 2012).

Ao minimizar o medo associado a esta crença, a Rádio Aurora - A Outra Voz promove a familiaridade do público com a pessoa com doença mental, uma das estratégias de prevenção da estigmatização defendida por Corrigan (2001), e, desta forma, minimiza a distância social entre o público em geral e as pessoas com doença mental, reduzindo a diferença entre o “nós” e o “eles” (Link & Phelan, 2001).

Os esteriótipos relativos à “Incurabilidade” mostram-se mais resistentes à mudança que os referentes à “Perigosidade”; contudo, a crença de que a doença mental é incurável, cujo valor era o segundo mais elevado antes da audição, atingiu valores médios no segundo momento de observação. Este resultado merece destaque na presente discussão, pois a “Incurabilidade” remete para a incapacidade da pessoa com doença mental assumir responsabilidades laborais e familiares. Os programas tiveram o efeito de minimizar significativamente estas crenças, ao atribuírem uma perspectiva diferente nos participantes em relação às *capacidades* de realização profissional e pessoal da pessoa com doença mental, tendo alterado o estigma associado a esta crença específica. O efeito da Rádio-Aurora na diminuição destas crenças assumem importância, pois, a um nível estrutural, ambas comprometem as oportunidades sociais como emprego, habitação ou acesso à educação (Everett, 2006).

É curioso observar que, na medida em que as crenças “negativas” das dimensões “Perigosidade” e “Incurabilidade” diminuem, verifica-se igualmente uma diferença significativa na dimensão “Reconhecimento da Doença”, que remete para crenças anti-estigmatizantes, como seja a recuperação, a reabilitação e a inserção social da pessoa com doença mental. Sendo que as crenças de incurabilidade podem afetar também o investimento de recursos económicos para tratamentos e programas de reabilitação (Corrigan, 2004; Shrivastava, Johnston & Bureau, 2012), esta alteração revela-se de suma importância.

Estes resultados vão de encontro ao estudo de Nairn & Coverdale (2005), quando refere a importância do assunto *doença mental* ser retratado pelas pessoas portadoras da mesma, fomentando, desta forma, a ideia de recuperação e reabilitação da junto do público, ao contrário da fomentação contrária habitual produzida pelos *media* (Ferro, 2013; Bento, 2014). A responsabilidade atribuída à pessoa com doença mental, segundo a literatura (Corrigan & Watson, 2006) podem levar à produção de sentimentos de raiva dirigidos, sobretudo, a quem é portador de doença mental severa – quadros clínicos psicóticos. A diminuição nas crenças negativas de “Responsabilidade Pessoal”, após a audição do programa, desceu para valores baixos, o que assume também relevância, visto o mesmo se ter tornado eficaz na desmistificação das crenças estereotipadas associadas a esta dimensão.

Podemos sugerir que um dos aspetos mais relevante nestes resultados, será o da informação ser fornecida em primeira voz junto do público, como sugerido por Nick & Coverdale (2005). Revela-se uma forma eficaz de combater a estigmatização, através da retirada de trás do muro de secretismo onde as pessoas com doença mental se inserem (WHO, 2005). Este facto permite ao ouvinte (receptor) ter a noção da capacidade de cada uma das pessoas (emissor) que existe por trás da doença mental – o facto de serem pessoas *com* doença mental, ao invés do *doente mental*, o que permite outro olhar também sobre a própria doença. A *Voz* da pessoa com doença mental assume credibilidade quanto à informação transmitida, pelo facto de ser na primeira pessoa.

O contacto do público com a pessoa com doença mental é, dentro dos três fatores que Corrigan defende, o mais eficaz no combate ao estigma face à doença mental (Rusch, Angermeyer & Corrigan, 2005; Thornicroft, Brohan, Kassam & Lewis-Holmes, 2008). Embora o contacto neste estudo não seja presencial, existe um contacto através dos meios de comunicação, podendo a sua *Voz* chegar a qualquer local.

A vertente educativa também se verifica, na medida em que os programas permitem o esclarecimento através da desmistificação. Estes fatores conjuntos, podem suscitar a reformulação das crenças generalizadas (estereótipos), preconceitos e comportamentos de discriminação face à doença e à pessoa com doença mental (Corrigan & Watson, 2006; Jorge-Monteiro, 2006; Oliveira, Carolino & Paiva, 2012)

Os resultados indicam-nos, também, o impacto que os *media* têm na transmissão de informação ao público que, como refere Whal (1992), constituem a maior fonte de informação. Em Portugal, atualmente os meios de comunicação social têm uma maior conciençialização de que o assunto *doença mental* precisa de ser abordado com mais sensibilidade (Bento, 2014). Sendo os canais de comunicação social um instrumento bi-direcional, pode ser utilizado para combater a desinformação (Ferro, 2013), como verificado neste estudo.

## 6.1. Limitações do Estudo

Não foram observadas limitações neste estudo.

### Sugestões para Estudos Futuros

Sendo este estudo preliminar no efeito que a Rádio Aurora – A Outra Voz produz no nível de crenças face à doença mental, faz-se necessário mais estudos sobre o tema.

Tendo os resultados permitido averiguar o efeito da Rádio Aurora – A Outra Voz na diminuição de crenças negativas face à doença mental, torna-se pertinente sugerir, em estudos futuros, um maior número de elementos da amostra.

Numa amostra de Funcionários Públicos, sugere-se a seleção de amostragem em várias Instituições Públicas, como o Instituto de Segurança Social, o Ministério da Justiça, e/ou o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, de forma a ter um número mais elevado de participantes. Além deste aumento, poder-se-á proceder à comparação de crenças entre funcionários dos diferentes Ministérios, pois seria pertinente averiguar se, por exemplo, um Técnico Superior que executa funções no Ministério da Justiça (que lida diariamente com processos cíveis e criminais) tem o mesmo nível de crenças acerca da doença mental que um Técnico Superior a exercer funções no Ministério da Saúde ou no Instituto de Segurança Social.

Como outra sugestão, a *web* disponibiliza, atualmente, ferramentas que se podem vir a revelar eficazes para o método de amostragem, permitindo um maior número de participantes, e também ferramentas que se poderão vir a revelar adequadas para a recolha dos dados fornecidos pelos mesmos. Desta forma, sugere-se que a amostra seja transversal a todo o país. Quanto a dimensões relacionadas com o estigma e não mensuradas neste estudo, considera-se pertinente sugerir o efeito da Rádio Aurora – A Outra voz no auto-estigma das pessoas que realizam o trabalho, de forma a averiguar se este efeito minimiza as já referidas crença que a

pessoa com doença mental poderá ter acerca de si própria como sendo, por exemplo, incompetente.

Propõe-se, de igual modo, estudos que permitam averiguar se o efeito deste trabalho provoca uma diminuição no auto-estigma dos ouvintes portadores de doença mental, provocando, desta forma, uma mudança positiva na procura de tratamento adequado e continuidade do mesmo, na melhoria de significação pessoal e valorização dos seus papéis sociais.

## 7. CONCLUSÕES

Sendo este um estudo preliminar, torna-se necessária a elaboração de mais estudos sobre a questão neste estudadas.

Apesar das políticas de saúde mental implementadas nas últimas seis décadas, o estigma social face à doença mental, afeta a saúde da pessoa, na medida em que a literatura o aponta como uma das principais causas na indisponibilização de recursos para a Saúde Mental em relação a outros serviços de Saúde. Interfere, de igual modo, com a procura de tratamento adequado e continuidade do mesmo, o que adquire as dimensões de um problema de saúde pública. Afeta também a sociedade, na medida em que o fantasmático à volta da representação social da doença mental, pode ser inibidor de procura de tratamento perante dificuldades psíquicas, que, afinal, todos temos ou poderemos vir a ter. Urge, portanto, informação fidedigna que permita o esclarecimento acerca da doença mental e dos seus portadores.

Apesar de atualmente existir a representação social da doença mental como sendo uma condição médica, ainda assistimos ao medo oriundo de crenças estereotipadas de perigosidade, ao equívoco de incapacidade associada à pessoa com doença mental de poder cumprir os mais diversos papéis sociais, à atribuição de responsabilidade própria pela sua condição clínica, em suma, à estigmatização social a si inerente.

Na base da distância social perante a pessoa com doença mental, estão sentimentos baseados nestes estereótipos, trespassados ao longo da História da Humanidade, que necessitam ser combatidos através de estratégias que se mostrem eficazes, e de projetos pioneiros que rumem na direção do esclarecimento e do contacto com a realidade da pessoa com a doença mental, para que estes se vão dissipando, abrindo portas ao Mundo à pessoa excluída, e para que ela nele se possa incluir, com os seus contributos e vivências sociais mais positivas. Que permitam derrubar os muros de secretismo atrás dos quais a pessoa com doença mental vive, de forma a permitir a sua inclusão social.

Sendo os estereótipos resistentes à mudança, os meios de comunicação surgem como fonte preveligiada de informação, cujo poder pode ser utilizado no sentido do esclarecimento.

Constituindo o meio mais poderoso no combate à desinformação, os *media* podem ter o papel de promover mudanças nas representações e práticas sociais face à doença mental.

Através da Voz das pessoas que convivem com a doença mental, este estudo revelou que a Rádio Aurora – A Outra Voz contribui para a mudança de mentalidades, através do esclarecimento de excelência que a primeira voz consente. Como sugerido por investigações anteriores, o facto de serem as pessoas com doença mental a transmitir informação através dos meios de comunicação social, revelou-se um fator importante no desfazamento das crenças estereotipadas que ainda persistem na nossa sociedade. Como fonte de combate ao estigma social, integra os três fatores mencionados na literatura como sendo os mais eficazes: a educação, o contacto e a credibilidade.

A Rádio –Aurora a Outra Voz é um meio de comunicação que não só auxilia no combate à desinformação, como se revela eficaz no combate ao estigma social face à doença mental e pessoa portadora da mesma. É contributiva para a alteração da representação social das mesmas, e consequentes atitudes promotoras de oportunidades de inserção social e de reabilitação.

## Referências

- Arboleda-Florez, Stuart H. (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. *Can J Psychiatry*, 57 (8), 457-463.
- Almeida, C., & Xavier, M. (2008). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Aline Duarte, M. N. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (1).
- Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença: Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento.
- Alves, F., & Silva, L. (2004). Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão. In *Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação: actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia, Atelier Saúde*, Braga, 12 a 15 de Maio 2010. Associação Portuguesa de Sociologia.
- Ando, S., Yamaguchi, S., Aoki, Y., & Thornicroft, G. (2013). Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67 (7) p. 471–482.
- Angermeyer, M. C., Beck, M., Dietrich, S., Holzinger, A. (2004) - The stigma of mental illness: patients' anticipations and experiences. *International Journal of Social Psychiatry*. 50, (2), pp. 153-162.
- Arruda, A. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de género. *Cadernos de Pesquisa*, 117, pp. 127-147.
- Bento, M. (2014). *O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências da Vida - Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Beck, A., Butler, A., Brown, G., Dahlsgaard, K., Newman, C., & Beck, J. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, pp .1213-1225.

- BRANDÃO, A. (27 de Julho de 2015). Rádio Aurora – A Outra Voz. *RTP Notícias, Web site*. Retirado de [http://www.rtp.pt/noticias/grande-reportagem/a-radio-aurora-a-outra-voz\\_](http://www.rtp.pt/noticias/grande-reportagem/a-radio-aurora-a-outra-voz_)
- CARVALHO, P. T. (27 de Maio de 2012). Reportagem: Rádio Aurora, a Outra Voz contra a discriminação na doença mental. *Jornal O Público, Web site*. Retirado de <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/reportagem-radio-aurora-a-outra-voz-contra-a-discriminacao-na-doenca-mental-1547820>
- Chelala, C. (5 de December de 1998). THE LANCET. Saturdays are radio days for psychiatric patients in Argentina, pp. 352:1867.
- Cordeiro, J. D. (1987). *A saúde mental e a vida* (2ª edição). Lisboa: Edições Salamandra.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008), *Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2016*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Correa-Urquiza, M. (2009). *Radio Nikosia: la Rebelión de los Saberes Profanos (Otras Prácticas, Otros Territorios para la Locura)*. Tesis Doctoral, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social - Universitat Rovira I Virgili, Tarragona.
- Corrigan, P. (2004) How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59 (7), pp. 614-625.
- Corrigan, P. W (2011). Best Practices: Strategic Stigma Change (SSC): Five Principles for Social Marketing Campaigns to Reduce Stigma. *Psychiatric Services*, 62 (8), pp.:824–826.
- Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, M.S., Rafacz, J.D., Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), pp.963-973.
- Corrigan, P.W, River, L. P., Lundin, R., Penn, D., UphoffWasowski, K., Champion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., Kubiak, M. (2001). Three Strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (2), 187-195.
- Corrigan, P. & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1 (1), pp.16-20.
- Corrigan, P. & Watson, A.C. (2006). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 35-53.
- Crowne, D. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24 (4), 349-354.

- Decreto Lei nº 413/71 de 27 de Setembro. Diário da República nº 228 – I Série. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 184, pp.176-181.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Joint Action on Mental Health and Well-being. Situation analysis and recommendations for action*. Co-funded by the European Union. Análise da situação em Portugal.
- Dovidio, J., Gaertner, S., & Kawakami, K. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 62-68.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão. *Análise Psicológica*, 25(1), 127-133.
- Duarte, A. L. C., Nunes, M. L. T., & Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (1).
- Everett, B. (April de 2006). *Stigma: the Hidden Killer*. Disorders Society of Canada. Retirado de <http://www.mooddisorderscanada.ca/documents/Publications/Stigma%20the%20hidden%20killer.pdf>
- Farina, A., Felner, R. D., & Bourdreau, L. A. (1973). Reaction of workers to male and female mental patient job applicants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41 (3), pp. 363–372.
- Freitas, M. (2012). *Vários Olhares Sobre o Doente Mental*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Ferreira, L., Firmino, P., Florido, P., Gamanho, D., & Jorge, L. (2006). Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental. *PsiLOGOS*, 3 (1), 61-70.
- Ferreira, F. (1987). Cidadania e loucura: origens das políticas de saúde mental no Brasil. In *Cadernos de Saúde Pública*, 3 (4), 481- 482.
- Ferro, H. (2013). A representação da saúde mental e da doença mental na imprensa portuguesa: um estudo comparativo. *Estudos em Comunicação*, 13, pp.37-86.

- Figueiras, J. F. (2010). *Profissionais de Saúde Mental Enquanto Agentes de Estigmatização da Doença Mental*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto, Portugal.
- Foucault, M. (1972). História da loucura na idade clássica (PDF). Disponível em [http://monoskop.org/images/1/15/Foucault\\_Michel\\_Historia\\_da\\_loucura\\_na\\_idade\\_classica.pdf](http://monoskop.org/images/1/15/Foucault_Michel_Historia_da_loucura_na_idade_classica.pdf)
- Gil, I. (2010). *Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais. Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Jornal Oficial da União Europeia (2015). EUR-Lex. Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre o Ano Europeu da Saúde Mental – Melhor emprego, melhor qualidade de vida (parecer de iniciativa). Retirado de [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=uriserv:OJ.C\\_.2013.044.01.0036.01.POR](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2013.044.01.0036.01.POR)
- Jorge-Monteiro, F. (2006). Prevenção do Estigma Social da Doença Mental. In S. N. Deficiência (Ed.), *Saúde Mental Reabilitação e Cidadania* (pp. 16-24). Lisboa.
- Lamb, H. R. (1984) - Deinstitutionalization and the homeless mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, (9) pp. 899-907.
- Lei nº 36/98 de 24 de Julho. Diário da República nº 169 – I Série A.
- Link B.G., Yang L.H., Phelan J.C., Collins P.Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), pp. 511-541.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, pp. 363-385.
- Linz, S., & Sturm, B. A. (2013). The Phenomenon of Social Isolation in the Severely Mentally ill. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49, pp. 234-254.
- Lloyd, K., & White, J. (2011). Democratizing clinical research. *Nature*, 474, pp. 277–278.
- Loureiro, L. (2011). Impacte das crenças e atitudes nas doenças mentais. III Congresso SPESM "Informação e Saúde Mental" (pp. 183-190). Ebook.
- Loureiro, L. M., Dias, C. A., & Aragão, R. O. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência*. II Série, (8), pp. 33-44.

- Loureiro, L.M.J., Dias, C.A.A. & Ferreira, P.J.S. (2006). ICDM- U inventário de crenças acerca da doença mental. *Revista Investigação em Enfremagem*, 14, pp.36-44.
- Martin, J., Pescosolido, B., Tuch, S. (2000) - Of fear and loathing: the role of “disturbing behavior”, labels, and causal attribution in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 41(2), pp. 208-223
- Melo, Z. (2000). Estigmas: espaço para exclusão social. *Revista Symposium, Ciências, Humanidades e Letras*, 4, pp.18-22.
- Mello, G.A.S. (2012). A gênese da psicose: as primeiras descobertas até o século XX. In Biblioteca24horas (Ed.), *Tratamento do doente mental no Brasil no século XX* (pp.21-45). Retirado de [https://books.google.pt/books?id=D6SZCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=D6SZCgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Michaels, P. & Corrigan, P. (2013). Mensuring mental illness stigma with diminished social desirability effects. *Journal of Mental Health*, 22 (3) pp. 218-226
- Milheiro, J. (2003). *Adão e Eva no deserto...um olhar psicanalítico*. Lisboa: Climempsi.
- Miranda, A. J. (2008). *Bioética e Saúde Mental: No limiar dos limites: O que o doente mental mantém de homem ético?* Dissertação de Mestrado em Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.
- Moisiu, A. (2015). Sexual prejudice and stigma of LGBT people. *European Scientific Journal*, 11(14), pp. 60-69.
- Morigi, V. (2004). Teoria Social e Comunicação: representações sociais, produção dos sentidos e construção dos imaginários midiáticos. IV Interprogramas da COMPÓS. Brasília: e-compós.
- Materazzi, M., Jakab, I., López, A. (Abril de 2005). La Colifata, radio terapia desestigmatizante. Fundación para la Investigación Interdisciplinaria de la Comunicacion. (Ed. Especial). *World Psychiatric Association*. Buenos Aires:Alejandro Stern Producciones.

- Nairn, R.G., & Coverdale, J. H. (2005). People never see us living well: an appraisal of the personal stories about mental illness in a prospective print media sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, pp. 281–287.
- Nogueira, M.L.P. (2013). *Inclusão Social e Bem-Estar da Pessoa Doente Mental: Contributos de um Estudo de Caso num Serviço de Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina & Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, Portugal.
- Oliveira, S. (2005). *A Loucura no outro: Um contributo para o impacto da loucura no profissional de saúde mental*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Oliveira, M. (2012). O conceito de representações coletivas: uma trajetória da divisão do trabalho às formas elementares. *Debates do NER, ano 13, 22: 67-94*.
- Oliveira, S., Carolino, L. & Paiva, A. (2012). Programa saúde mental sem estigma: efeitos das estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, pp. 30-37.
- O.M.S. (2001). Relatório sobre a Saúde no mundo - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Bruxelas: Organization World Health. Retirado de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)
- OMS(2008) Stigma: a internacional briefing paper. Retirado de [http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6422Stigma\\_An\\_InternationalBriefing\\_Paper\\_274.pdf](http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6422Stigma_An_InternationalBriefing_Paper_274.pdf)
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resumo Executivo. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- PIRES, C. (4 de Outubro de 2013). Por quem os muros caem. *Diário de Notícias, Web site*. Retirado de <http://www.dn.pt/revistas/nm/interior/por-quem-os-muros-caem--3458686.htm>
- Pirkis, J., & Francis, C. (2012). Mental illness in the news and information media: A critical review. Canberra, ACT: Commonwealth Department of Health and Aged Care. Retirado de <http://www.mindframe-media.info/for-media/reporting-mental-illness/evidence-andresearch/evidence-about-mental-illness-in-the-media#sthash.CEvraY3R.dpuf>

- Raftery, J. (1992). Mental health services in transition: the United States and the United Kingdom. *British Journal of Psychiatry*, 161, pp. 589-593.
- Ribeiro, S. L. (2004). A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24 (3), 92-99.
- Ritchie, M. H. (1994). Cultural and gender biases in definitions of mental and emotional health and illness. *Counsellor Education and Supervision*, 33 (4), pp. 344 -348.
- Ronzani, T.M. & Furtado, E.F (2010). Estigma social sobre o abuso do álcool. *J. Bras. Psiquiatr.*, 59 (4), 326-332
- Rose, D., Fleischman, P. & Wykes, T. (2008). What are mental health service users' priorities for research in the UK? *Journal of Mental Health*, 7(5): 520–530.
- Rusch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20 (8), 529-539.
- Schulze B., Angermeyer M.C. (2003) Subjective experiences of stigma: a focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, 56, pp. 299-312.
- Shorter, E. (2001). História da psiquiatria: da era do manicômio à idade do prozac. Lisboa: Climepsi.
- Shrivastava, A., Johnston, M., Bureau, Y. (2012). Stigma of mental illness-1: clinical reflections. *Mens Sana Monogr.*, 10 (1), pp.70-84.
- Shrivastava, A., Koleth, S., Hassen, I. & Amawi, T. (2013). Influence of psychiatric labeling on social distancing. *Gulf Medical Journal*, 2 (1), pp. 10-15.
- Sousa, S.C.P.G (2012). *Auto-estigma na Doença Mental Grave: Desenvolvimento de um Programa de Intervenção com Recurso ao Sócio-drama e ao E-Learning*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, Portugal.
- Strepell, F. F., & Palombini, A. d. (2011). Devir-loucura na rádio: uma experiência em saúde mental. *Revista de Psicologia*, 23(3), 501-522.
- Telmo Mota Ronzani, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 326-332.

- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2 (3).
- Tribuna, R. J. (19 de Maio de 2007). *Histórias e Lendas de Santos - Medicina*. Novo Milênio. Retirado de <http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0260r.htm>
- Nações Unidas. (17 de Dezembro de 1991). Instrumentos internacionais de direitos humanos. Gabinete de Documentação e Direito Comparado. Retirado de [http://direitoshumanos.gddc.pt/3\\_7/IIPAG3\\_7\\_6.htm](http://direitoshumanos.gddc.pt/3_7/IIPAG3_7_6.htm)
- Whal, O. (1992). Mass media images of mental illness: A review of the literature. *Journal of Community Psychology*, 20, (4), p. 343-352.
- Whal, O. (2003a). Depictions of mental illness in children`s media. *Journal of Mental Health*, 12 (3), p. 249-258
- Wahl, O. (2003b). News Media Portrayal of Mental Illness: Implications for Public Policy. *American Behavioral Scientist*, 46(12),p. 1594–1600.
- Whaley, A.L. (1997). Ethnic and racial differences in perceptions of dangerousness of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 48(10), pp. 1328-1330.
- WHO (2005). Facing the Challenges, Building Solutions. In *European Ministerial Conference on Mental Health* (12-15 January). Helsinki.
- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. d., & Melo, J. C. (2013). O estigma da doença mental: que caminho percorremos? *PsiLOGOS*, 11(2), 10-21.

## **ANEXOS**

## Anexo A – Caracterização da Amostra

### Programa

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	A	15	50,0	50,0	50,0
	B	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

### Genero

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Feminino	20	66,7	66,7	66,7
	Masculino	10	33,3	33,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

### Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	30	27,00	63,00	43,2667	9,84687
N válido (de lista)	30				

### Hab\_Literárias

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Ensino Básico	4	13,3	13,3	13,3
	Ensino Secundário	17	56,7	56,7	70,0
	Licenciatura	8	26,7	26,7	96,7
	Mestrado/Doutoramento	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Estado Civil**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Solteiro	9	30,0	30,0	30,0
	Casado/União de Facto	15	50,0	50,0	80,0
	Divorciado	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Profissão**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Administrativa	1	3,3	3,3	3,3
	Ass Adm	2	6,7	6,7	10,0
	Ass Social	1	3,3	3,3	13,3
	Ass Téc	4	13,3	13,3	26,7
	Func Pub	12	40,0	40,0	66,7
	Operacional	6	20,0	20,0	86,7
	Téc Adm	1	3,3	3,3	90,0
	Téc Serv Social	1	3,3	3,3	93,3
	Téc Superior	1	3,3	3,3	96,7
	Téc. Adm	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Anexo B – Instrumento – Questionário Sócio-Demográfico**

**Dados para caracterizar a Amostra**

**Género** – Feminino  Masculino

**Primeira letra do primeiro nome**

**Primeira letra do último nome**

**Data de Nascimento** \_\_\_\_\_ (dia) / \_\_\_\_\_ (mês) \_\_\_\_\_ (ano)

**Habilitações Literárias** \_\_\_\_\_

**Estado Civil** \_\_\_\_\_

**Profissão** \_\_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração!



Discordo  
completamente    1

Discordo quase  
completamente    2

Discordo  
ligeiramente    3

Concordo  
ligeiramente    4

Concordo quase  
completamente    5

Concordo  
completamente    6

16. As doenças mentais são cíclicas (voltam de tempos a tempos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. A reabilitação é eficaz no melhoramento das doenças mentais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tenho receio de que o meu patrão, amigos e outras pessoas iriam pensar se me fosse diagnosticada uma doença mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sou o responsável directo pela minha saúde mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A doença mental é uma doença da cabeça.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Os indivíduos que são diagnosticados como doentes mentais, terão os sintomas durante toda a vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. A medicação é eficaz na melhoria dos sintomas na doença mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. As pessoas que já receberam tratamento para a doença mental uma vez necessitam de mais tratamentos no futuro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Existem tantas doenças mentais estranhas que nunca sabemos quando podemos vir a sofrer de uma delas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Se os doentes mentais viverem num ambiente familiar e comunitário, isso tem influência na recuperação da sua doença.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Deve ser difícil para as pessoas com doença mental seguir regras como a pontualidade, ou cumprir as promessas que fazem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Qualquer pessoa pode sofrer de doença mental....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Não sofrer de doença mental é uma questão de sorte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sentir-me-ia envergonhado se as pessoas soubessem que já namorei com uma pessoa a quem foi diagnosticada uma doença mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. A doença mental tem tratamento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Discordo  
completamente    Discordo quase  
completamente    Discordo  
ligeiramente    Concordo  
ligeiramente    Concordo quase  
completamente    Concordo  
completamente

1

2

3

4

5

6

31. Tenho receio de pessoas que sofrem de doenças mentais pois podem magoar-me.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tomar medicamentos ao longo da vida para a doença mental torna as pessoas dependentes desses medicamentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Uma pessoa com doença mental tem menos capacidade para ser bom Pai/Mãe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Os mal entendidos sobre a doença mental fazem com que seja difícil aos doentes mentais viverem em sociedade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentiria vergonha se alguém da minha família viesse a sofrer de doença mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. As pessoas que já foram tratadas para uma doença mental não deveriam casar nem ter filhos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso da cura das doenças mentais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Os doentes mentais têm tendência a serem perigosos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Não acredito que uma doença mental fique curada em definitivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Posso vir a sofrer de uma doença mental independentemente do que fizer ou não para isso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. As pessoas com doença mental têm pouca capacidade para viver sozinhas porque não conseguem assumir responsabilidades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. A maioria das pessoas não assume ser amigo de pessoas com doença mental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. O comportamento de uma pessoa com doença mental é imprevisível.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo D – Validação do Inventário de Crenças acerca Doença Mental

*Revista Investigação em Enfermagem (2006), nº14 - Agosto: 35 - 42*

### ICDM - Um Inventário de Crenças acerca da Doença Mental

LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO (\*)  
CARLOS AUGUSTO AMARAL DIAS (\*\*)  
PAULO JORGE SIMÕES FERREIRA (\*\*\*)

#### **MIBI - Mental Illness Beliefs Inventory**

**Key words:** Mental illness; beliefs, attitudes; dangerousness

**Abstract:**  
The study describes the development and validation of an inventory to measure beliefs about mental illness (MIBI). A total of 385 individuals participated in the study, 254 (66%) living in community with a psychiatric institution and 131 (34%) living in others community without proximity with this institution. A series of Factor analysis (PCA), with varimax orthogonal rotation was performed to determine the construct validity of the inventory, who revealed fifty factors including recognition of illness, incurability, dangerousness, poor social skills, and personal responsibility. The reliability estimate for each sub scale assessed using Cronbach's alpha and corrected item-total correlations revealed good internal consistency. Additional tests were performed to evaluate sensibility and construct validity that support this results. Overall, the inventory revealed good psychometric properties and provides a short and easy form to measure mental illness beliefs.

**Palavras-chave:** Doença mental; crenças; atitudes; perigosidade.

#### **Resumo**

Este estudo descreve o desenvolvimento e validação de um inventário para medir crenças acerca da doença mental (ICDM). Participaram no estudo um total de 385 indivíduos, 254 (66%) vivem inscridos numa comunidade com uma instituição psiquiátrica, e 131 (34%) vivem em comunidades sem proximidade com este tipo de instituição. Foram realizadas diversas análises factoriais (ACP), com rotação ortogonal varimax de modo a determinar a validade de construto do inventário, as quais revelaram cinco factores, incluindo, reconhecimento da doença, incurabilidade, perigosidade, aptidões sociais pobres e responsabilidade pessoal. A estimativa da fidelidade para cada sub-escala foi analisada, utilizando o alpha de Cronbach e as correlações item-total corrigidas. Foram realizados testes adicionais para avaliar a sensibilidade e validade de construto. Em geral, o inventário revela boas propriedades psicométricas e permite uma forma breve e fácil de medir as crenças acerca da doença mental.

#### **INTRODUÇÃO**

A existência de práticas discriminatórias relativamente aos doentes mentais está amplamente estudada em muitos trabalhos, dos quais se destacam Goffmann (1968), Jocklet (1989), Nunnally (1961), Zani (1995), Ayestaran e Paez (1986), Piehot (1983), Scull (1981), Link e Cullen (1983).

\* Professor Adjunto da FSEAF, Área Científica de Investigação no âmbito da Enfermagem.

\*\* Professor Catedrático da FPCE, da Universidade de Coimbra.

\*\*\* Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria - M.P. Lorrvão, Pós Graduado em Pedagogia de Saúde.

No entanto, e apesar de termos assistido nas últimas décadas a mudanças profundas na forma de abordar as perturbações mentais e do comportamento (Goldberg e Huxley, 1996), o relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO) de 2001, sob o título, *Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*, fazia um diagnóstico claro quanto aos problemas actuais, de entre os quais se destacam o sofrimento, o estigma, a vergonha e a exclusão a que estes doentes e famílias estão sujeitos.

Estas constatações têm sido acompanhadas pelos resultados de diversos trabalhos empíricos que apontam para a perpetuação histórica das práticas discriminatórias, e em como isso é resultante do preconceito e de crenças enraizadas no universo social e cultural (Albrecht *et al.*, 1982; Link *et al.*, 1987; Penn *et al.*, 1994), tanto ao nível do público em geral, como dos próprios especialistas em saúde mental (Rabkin, 1974).

Ainda que nas últimas décadas o conceito de doença mental se tenha alargado a outros domínios e em certa medida universalizado (Shorter (2001), o que se depreende do aumento da oferta de serviços especializados e da sua procura, que triplicou ao longo dos últimos 50 anos (Phelan *et al.*, 2000), o grande público continua a perceber os doentes mentais como imprevisíveis, violentos e perigosos, associados a estereótipos negativos, que acarretam rejeição, discriminação e, por via disso, desejo de distância social (Nunnally, 1961; Phelan *et al.*, 2000; Martin *et al.*, 2000; Arggermeyer, 2004).

Apesar das campanhas e programas de redução do estigma e discriminação, os resultados não parecem encorajadores, mostrando um impacto muito modesto na sociedade. Estes resultados são explicados, em grande parte, pelo efeito dos *mass media* e do cinema (Stout *et al.*, 2004; Francis *et al.*, 2001; Harris, 2004; Lawson e Fouts, 2004) que continuamente reproduzem imagens distorcidas das doenças, criando mitos que têm tanto de destrutivo como de persuasivo ante as campanhas públicas de informação e sensibilização, como refere Wahl (1995): "Unfortunately, media images of mental illness do not measure up well. Overall, the mass media do a poor job of depicting mental illness, with misinformation frequently communicated, unfavourable stereotypes of people with mental illness predominating, and psychiatric terms used inaccurate and offensive ways" (p. 12).

A preocupação por mensurar os aspectos relativos à doença mental, ou ao estigma associados, nos componentes de estereótipos, preconceito e discriminação, tem sido acompanhado pelo desenvolvimento de vários instrumentos de medida inaugurados a partir das *Star vignettes* (1952) e da *Opinions About Mental Illness Scale* de Cohen e Struening (1962). A respeito desta última escala, é de salientar a sua longevidade (Taylor e Dear, 1980; Brockington *et al.*, 1993) e utilização na generalidade dos estudos produzidos sobre esta temática. Mas existem outros instrumentos desenvolvidos a partir da década de 80: *Community Attitudes to the Mental Ill* (Taylor e Dear, 1981); *Attitudes to Mental Illness* (Singh *et al.*, 1998); *Beliefs Toward Mental Illness Scale* (Hirai e Clum, 2000); *Mental Illness and Disorder Understanding Scale* (Tanaka, 2005), as escalas de distância social (Link *et al.*, 1999; Martin *et al.*, 2000; Penn *et al.*, 1999), ou ainda o Questionário de Atribuições Causais na Doença Mental de Corrigan *et al.* (2003).

A generalidade dos trabalhos sobre crenças acerca da doença mental apresenta este tipo de doença como incurável, e os doentes caracterizados por certos padrões comportamentais e de funcionamento estereotipado, tais como, impulsividade, violência, perigosidade ou a impossibilidade de assumir ou manter responsabilidades sociais (Skinner *et al.*, 1992; Johnson e Orrell, 1995; Ragurman *et al.* (1996); Whaley, 1997; Hirai e Clum, 2000). As crenças acerca da doença mental estão associadas a dois eixos atitudinais, um autoritário, negativo e estigmatizante, em que o doente mental é visto como sujeito pertencente a uma classe de pessoas inferiores ou diminuídas, e por isso necessitam de intervenções de natureza coerciva; e um outro mais positivo, em que a doença é reconhecida numa atitude de benevolência, isto é de aceitação da doença, no entanto, é moralista e paternalista (Cohen e Struening, 1962; Brockington *et al.*, 1993).

#### METODOLOGIA DE DESENVOLVIMENTO DO ICDM

Dada a inexistência de um instrumento de medida, criado de raiz para a população portuguesa que avalie os aspectos relativos às crenças sobre

<sup>1</sup> Perturbação, doença, ou disorder são palavras que abarcam inúmeros significados, fruto de tradições indistintas da palavra *disorder* do inglês inglês. Neste caso, iremos utilizar a expressão *doença*.

as doenças mentais, e que possa ser aplicado em diferentes campos de análise e intervenção, seja do público em geral, ou dos profissionais de saúde mental, nos contextos educativos e formativos, desenvolveu-se um inventário sobre crenças acerca da doença mental, a partir das perspectivas teóricas subjacentes, conjuntamente com a análise de conteúdo de 20 entrevistas realizadas junto de residentes do concelho de Penacova. A escolha deste concelho prende-se com a existência de uma instituição psiquiátrica (Hospital Psiquiátrico do Lórvão) e do efeito que o contacto/exposição com doentes mentais e psiquiátricos têm nas crenças acerca da doença mental (Wolff e Stubert, 2002; Rabkin, 1974; Arens, 1993; Brockington *et al.*, 1993). Para isso, são considerados dois grupos, os residentes na freguesia do Lórvão, com elevado contacto e exposição à doença mental e psiquiátrica, e os residentes nas outras freguesias do concelho, sem esse tipo de contacto ou exposição.

Equacionadas as dimensões base do inventário, foram escritos 42 itens cobrindo as dimensões propostas. Os itens foram apresentados a dois especialistas. O estudo de validade facial e de conteúdo dos itens resultou numa redução de 4 itens, por se considerarem ambíguos, passando a constar 38 itens.

Seguidamente foi realizado um pré-teste a uma amostra de 122 indivíduos, do qual resultaram a exclusão de 11 itens, após a análise de consistência interna, passando a versão aplicada do inventário a ser constituída por 27 itens, a qual foi administrada em definitivo a 385 indivíduos. O ICDM foi administrado em conjunto com o questionário de caracterização sócio-demográfica e com uma versão reduzida da Opinions about Mental Illness Scale (OMIS), nomeadamente os itens das dimensões Autoritarismo e Benevolência (Oliveira, 2005).

#### DESCRIÇÃO DO INVENTÁRIO

Os 27 itens do inventário foram apresentados em auto-relato escrito, com formato de resposta de 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos, encabeçada pelas seguintes instruções: *Encontra de seguida afirmações relativas à doença mental. Leia cada uma delas e assinala na grelha a sua opinião colocando um cruz sobre o número que melhor corresponde à sua opinião. Não há respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião.*

#### Amostra

Participaram no estudo um total de 385 indivíduos do concelho de Penacova, nomeadamente 254 residentes na freguesia de Lórvão e 131 de outras freguesias do concelho (Penacova e São Pedro de Alva). Utilizamos uma amostragem em etapas múltiplas (pluri-etápica):

1.<sup>ª</sup> etapa – Da listagem das 11 freguesias do concelho, e tendo em conta a população residente em 2001, foram seleccionadas as freguesias com maior número de habitantes, nomeadamente, Lórvão, Penacova e São Pedro de Alva. As três freguesias têm, do ponto de vista da sua localização geográfica o facto de serem, em relação à freguesia do Lórvão, a mais próxima (Penacova) e a outra uma das mais distantes (S. Pedro de Alva);

2.<sup>ª</sup> etapa – com base numa listagem (fornecida pela C.M. de Penacova) uma dos diversos lugares de cada uma dessas freguesias. Dessa lista foram seleccionados aleatoriamente 8 lugares em cada uma das freguesias;

3.<sup>ª</sup> etapa – nos lugares foram seleccionadas os alojamentos alternadamente (*casa sim, casa não*). Nos prédios em propriedade horizontal eram seleccionados aleatoriamente 4 apartamentos por prédio.

Dado que o objectivo deste estudo é a criação e validação de um instrumento de medida, e tendo em conta o número de itens do inventário face às exigências das medidas estatísticas utilizadas (AFCP), os autores (Bryman e Cramer, 1992, Kline 1997, Hill e Hill, 2002) sugerem a utilização de 5 a 10 sujeitos por item, o que neste caso representaria uma amostra entre os 135 e 270 sujeitos. Foram entregues 460 questionários, dos 500 previstos inicialmente, dado que 40 indivíduos (8.00%) recusaram participar. A distribuição foi de 80 em Penacova, 80 em São Pedro de Alva e os restantes 300 no Lórvão. Dos 460 questionários entregues, o retorno foi de 425 (92.00%) questionários. Desses 425 foram inválidos 38 questionários (9.00%) por se apresentarem incorrectamente preenchidos.

No que respeita à variável sexo, e conforme o quadro 1, podemos verificar que maioritariamente se tratam de indivíduos do sexo feminino (56.90%), comparativamente aos do sexo masculino (43.10%). Relativamente ao estado civil são maioritariamente casados (62.60%), solteiros (30.10%). No que concerne às habilitações literárias, a distribuição é heterogénea, salientando-se a existência de 34 não respostas o que equivale a 8.80%.

divi-  
e 254  
outras  
ro de  
tapas

as do  
dente  
s com  
, Lor-  
egue-  
o geo-  
uesia  
outra

ecida  
lgares  
foram  
cada

das os  
nãõ).  
selec-  
rédio.  
riação  
tendo  
ace às  
izadas  
, Kline  
o de 5  
repre-  
jeitos.  
s 500  
víduos  
ão foi  
va e os  
nários  
ques-  
los 38  
itarem

orme o  
amente  
i,90%),  
i,10%).  
amente  
vo que  
ibuição  
de 34

**Quadro 1 - Distribuição dos participantes segundo as características sócio-demográficas (N = 385)**

Variáveis:	n	%
<b>Local de residência:</b>		
Freguesia de Lorvão	254	66.00
Outra freguesia do concelho de Penacova	131	34.00
<b>Sexo:</b>		
Masculino	166	43.10
Feminino	207	56.90
<b>Estado civil:</b>		
Casada(o)	241	62.60
Solteira(o)	116	30.10
União de facto	7	1.80
Divorciada(o)	8	2.10
Viúva(o)	13	3.40
<b>Habilitações Literárias:</b>		
Ensino básico - 1º Ciclo (antiga 4.ª classe)	86	25.54
Ensino básico - 2º Ciclo (Ensino preparatório - antigo 6.º ano)	61	17.40
Ensino básico - 3º Ciclo - Curso geral dos liceus (9.º ano)	44	12.50
Ensino secundário (Curso complementar dos liceus)	84	23.90
Bacharelato/Licenciatura	76	21.37
Não respostas	34	8.80

Relativamente à idade dos participantes, conforme o quadro 2, a média é de 39.98 anos com um desvio padrão de 13.38 anos, tendo como idade mínima observada 20 anos e máxima os 83 anos. A mediana é de 37 anos, com moda de 28 anos.

**Quadro 2 - Estatísticas resumo da idade (N = 385)**

Mínimo	Máximo	Mediana	Moda	X	s
20	83	37	28	38.98	13.38

**CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO ICDM**

Depois de colhidos os dados procedemos a análises de fidelidade e validade de construto e convergente. Para o estudo de fidelidade, procedemos à análise da consistência interna (homogeneidade) dos itens. Para o estudo de validade, recorreu-se a uma análise factorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método Varimax. Para a determinação do n.º de factores a reter, utilizámos como critério a retenção dos factores que apresentassem valores próprios (*eigenvalue*)<sup>3</sup> 1.00, auxiliada ainda pelo *scree plot*.

Na escolha das soluções factoriais finais, respeitamos os seguintes critérios: a *validade convergente* do item com o factor, isto é, cada item deveria apresentar uma correlação com o factor <sup>3</sup> .30;

*validade discriminante* do item com o factor, ou seja, o item deveria estar correlacionado apenas com o factor hipotético, se ele se correlacionasse com dois factores era analisada a sua pertinência na utilização e manutenção.

Antes mesmo de proceder à análise factorial calculamos as medidas de Kaiser Meyer Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. No primeiro caso, o valor encontrado foi de .77, valor considerado bom (Hill e Hill, 2002) e que permite prosseguir com a análise, assim como o teste de Bartlett ( $c^2 = 1901.399$ ;  $p = .000$ ).

Das análises factoriais efectuadas, e respeitando os critérios apresentados anteriormente, optamos pela solução com 5 factores, que designámos de Reconhecimento da Doença (RD); Incurabilidade (INC); Perigosidade (PER); Aptidões Sociais Pobres (ASP); Responsabilidade Pessoal (RPE).

Conforme podemos verificar pela leitura do quadro 3, o primeiro factor sendo designado de *reconhecimento da doença*, explica 13.5% da variância e é constituído por 5 itens que indicam a crença numa visão não estigmatizante da doença mental, dado que estão associados à aceitação da doença (*qualquer pessoa pode sofrer de doença mental*), à crença no tratamento (*a doença mental tem tratamento*) e reabilitação (*se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário*), se o

diagnóstico for atempado (*a doença mental requer, logo desde o início, um tratamento adequado*).

O 2.º factor, designado de *incurabilidade*, explica 13.4% da variância e saturam nele os itens que dizem respeito à crença na doença mental como tendo um carácter crónico e incurável (*as doenças mentais são cíclicas, voltam de tempos a tempos*) e em que os medicamentos criam no doente uma dependência, mas são necessários para o controlo do doente (*as pessoas que já receberam tratamento para a doença mental precisarão de mais tratamentos no futuro*).

O 3.º factor, designado de *perigosidade*, explica 12.6% da variância, correspondendo a crença nos doentes mentais como pessoas perigosas, dada a imprevisibilidade do seu comportamento, levando mesmo à propensão para a criminalidade. Apesar do item "*não acredito que uma doença mental fi-*

*que curada em definitivo*" saturar também no factor *incurabilidade*, com uma carga de .355, valor inferior ao seu peso neste factor (.466), uma análise mais cuidada leva-nos a mantê-lo neste factor pois sugere que os doentes são tidos como perigosos, e esse perigo advém da doença não ser curável, o que aponta para o carácter imprevisível, do mesmo modo que "*os doentes mentais têm pouca capacidade para serem bons pais/mães*". Neste caso, a incapacidade prende-se com o carácter imprevisível do seu comportamento.

O 4.º factor, denominado de *aptidões sociais pobres*, explica 9.2% da variância e está assente na crença da doença mental como restritiva das responsabilidades sociais, uma vez que se crê que a doença suprime o indivíduo das suas capacidades básicas, como cumprir horários, ter um emprego que exija responsabilidade.

Quadro 3 - Resultados de AFCP para solução ortogonal rodada Varimax (N =385)

Itens por factor:	Factores				
	1	2	3	4	5
<b>Reconhecimento da doença (RD):</b>					
1. Qualquer pessoa pode sofrer de doença mental	.842				
5. Se os doentes mentais viverem no ambiente familiar e comunitário...	.721				
10. A doença mental requer, logo desde o início, um tratamento adequado	.689				
20. A doença mental tem tratamento	.659				
15. Os atrasos nos tratamentos pioram o sucesso de cura.	.607				
<b>Incurabilidade (INCI):</b>					
2. As doenças mentais são cíclicas (voltam de tempos a tempos)		.714			
5. As pessoas que já receberam tratamento para a doença mental ....		.702			
14. Os indivíduos que são diagnosticados como doentes mentais....		.653			
8. O tratamento inicial da doença mental requer o uso de medicamentos		.606			
16. Apesar dos tratamentos, as doenças mentais têm pouca ....		.498			
<b>Perigosidade (PER):</b>					
19. O comportamento de uma pessoa com doença mental é imprevisível			.756		
3. Uma pessoa com doença mental tem menos capacidade ....			.690		
11. Os doentes mentais têm tendência a serem perigosos			.667		
17. A pessoa com doença mental é mais propensa a tornar-se criminosa			.509		
9. Não acredito que uma doença mental fique curada em definitivo		.355	.466		
<b>Aptidões sociais pobres (ASP):</b>					
4. Deve ser difícil para as pessoas com doença mental seguir regras sociais...				.795	
13. Uma pessoa com doença mental deve ter um emprego que exija pouca ...				.773	
18. As pessoas com doença mental têm pouca capacidade....				.573	
<b>Responsabilidade pessoal (RPE):</b>					
7. Se as pessoas tiverem cuidado com elas próprias, podem evitar a doença...					.815
12. As doenças mentais das pessoas resultam da falta de cuidados					.754
Valores próprios	2.7	2.7	2.5	1.8	1.7
% Variância explicada	13.5	13.4	12.6	9.2	8.5
% Variância explicada acumulada	13.5	26.9	39.4	48.6	57.1
Alpha por dimensão do ICDM	.76	.72	.73	.64	.59

KMO = .77; Teste de Esfericidade de Bartlett ( $\chi^2 = 1901.399$ ;  $p = .000$ )

o factor 5, valor a análise do factor pois gosos, e irável, o mesmo capaci- caso, a impre-

o *sociais* assente tiva das : crê que acidades emprego

5
.815
.754
1.7
8.5
57.1
.59

Por fim, o 5.º factor, designado de *responsabilidade individual*, explica 8.50% da variância, sendo constituído apenas por dois itens. O indivíduo é considerado responsável pela sua saúde/doença.

As análises de consistência interna revelaram valores razoáveis os factores do inventário, excepção para o factor *responsabilidade individual*, com valor  $\alpha = .59$ , que apesar de baixo é aceitável face ao número de itens deste factor. A manutenção deste factor, mesmo constituído apenas por dois itens, deveu-se à importância que esta dimensão assume no contexto do estudo das crenças acerca da doença mental, uma vez que a atribuição na responsabilidade individual é factor relevante no desenvolvimento de reacções estigmatizantes (Carrigan *et al.*, 2002). As análises de consistência interna assim como as análises factoriais levaram-nos a retirar 7 itens, ficando a versão final do inventário a constar com 20 itens.

Procedemos também à realização de duas análises de regressão múltipla por método *stepwise*, tendo como critérios, as dimensões autoritarismo e benevolência (ambas da OMIS) e como preditores, as crenças relativas à doença mental. O objectivo destas análises e contribuir para o estudo da validade de construto, na medida em que nos

permite analisar se os diferentes tipos de crenças, são preditores de atitudes mais ou menos estigmatizantes da doença mental.

Relativamente aos resultados da 1.ª análise de regressão (quadro 4), verificamos que os preditores da atitude autoritária face à doença mental que são retidos nos diferentes modelos; são os factores: *incurabilidade, responsabilidade pessoal, pobreza de comportamentos sociais e perigosidade*, explicando na totalidade 36.6% da variância. Em ambos os casos, as crenças mais negativas são preditoras de uma atitude mais autoritária perante a doença mental.

Relativamente à 2.ª análise de regressão (quadro 5), em que o critério é a dimensão benevolência da OMIS, verificamos que os preditores retidos são o *reconhecimento da doença, perigosidade e responsabilidade pessoal*. A percentagem de variação explicada é de 32.8%. É de salientar que um maior reconhecimento social da doença é preditor de uma atitude de maior benevolência, enquanto os factores perigosidade e responsabilidade pessoal indicam que a crença nos doentes mentais como menos perigosos e com menor responsabilidade individual sobre a sua doença, é preditor de uma maior benevolência por parte dos indivíduos.

Quadro 4 - Resultados da análise de Regressão Múltipla (método *stepwise*)  
Preditores: factores do ICDM; Critério: autoritarismo (N = 385)

	b	R <sup>2</sup> change	F change
<b>Step 1</b>			104.775***
Incurabilidade	.463***	.215	
<b>Step 2</b>			53.718***
Incurabilidade	.435***		
Responsabilidade pessoal	.312***	.097	
<b>Step 3</b>			31.187***
Incurabilidade	.369***		
Responsabilidade pessoal	.296***		
Aptidões sociais pobres	.239***	.052	
<b>Step 4</b>			5.424*
Incurabilidade	.320***		
Responsabilidade pessoal	.289***		
Aptidões sociais pobres	.210***		
Perigosidade	.115*	.009	

\* p < .05; \*\*\* p < .001, R = .610; R<sup>2</sup> = .373; R<sup>2</sup> ajustado = .366

Quadro 5 - Resultados da análise de Regressão Múltipla (método *stepwise*)  
 Preditores: factores do ICDM; Critério: *Benevolência* (N = 385)

	$\beta$	$R^2$ change	F change
<b>Step 1</b> Reconhecimento da doença	.526***	.277	146.565***
<b>Step 2</b> Reconhecimento da doença Perigosidade	.545*** -.177***	.031	17.101***
<b>Step 3</b> Reconhecimento da doença Perigosidade Responsabilidade pessoal	.525*** -.159*** -.128**	.016	8.829**

\*\* p < .01; \*\*\* p < .001; R = .569; R<sup>2</sup> = .3723; R<sup>2</sup> ajustado = .318

No sentido de testar a sensibilidade do inventário procedemos ao cálculo de diferentes testes *t* para os factores do ICDM, nomeadamente a freguesia de residência (Lorvão ou outra), ou seja proximidade com a instituição psiquiátrica, e por ter ou não uma actividade profissional ligada à doença mental. Relativamente aos resultados dos primeiros testes realizados (quadro 5), encontramos diferenças estatisticamente significativas para os factores da escala, com excepção para o factor *incurabilidade* ( $t_{(385)} = 1.640$ ;  $p = >.05$ ).

Quadro 6 - Resultados da comparação de médias (teste *t*) dos factores do ICDM por freguesia de residência

Factores ICDM:	Lorvão (254)		Outra (131)		<i>t</i>
	x	s	x	s	
RD	25.11	4.17	26.02	3.37	-2.168*
INC	20.35	4.82	19.52	4.57	1.640
PERI	19.16	5.01	18.18	4.19	2.018*
ASP	11.03	3.22	12.43	2.96	-.137**
RPE	5.17	2.30	5.72	3.03	-1.996*

\*p < .05; \*\*p < .01

Relativamente ao factor actividade profissional ligada à doença mental (quadro 7), encontramos diferenças significativas nos factores, reconhecimento da doença ( $t_{(385)} = 3.376$ ;  $p < .01$ ); incurabilidade ( $t_{(385)} = 2.442$ ;  $p < .05$ ) e aptidões sociais pobres ( $t_{(385)} = -2.682$ ;  $p < .05$ ).

Quadro 7 - Resultados da comparação de médias (teste *t*) dos factores do ICDM por actividade profissional ligada à doença mental

Factores ICDM:	Sim (140)		Não (240)		<i>t</i>
	x	s	x	s	
RD	26.29	3.35	24.89	4.19	3.376**
INC	20.88	5.02	19.63	4.48	2.442*
PERI	18.73	5.57	18.90	4.29	-.322
ASP	10.91	3.76	11.89	2.76	-2.682*
RPE	5.51	2.92	5.30	2.36	.724

\*p < .05; \*\*p < .01

#### RESUMO DOS SCORES:

Apresentamos seguidamente os scores obtidos para cada um dos factores do ICDM (quadro 8). Os scores são obtidos a partir do somatório dos itens para cada factor não estando nenhum item sujeito a transformação de identidade.

Quadro 8 - Estatísticas resumo dos factores do ICDM (N = 385)

Factores:	Min.	Máx.	x	s	CV*
Reconhecimento da doença	5	30	25.42	3.93	15.46
Incurabilidade	9	30	20.07	4.74	23.61
Perigosidade	5	30	18.83	4.77	25.33
Aptidões sociais pobres	3	18	11.51	3.20	24.80
Responsabilidade pessoal	2	12	5.35	2.58	48.22

\* Coeficiente de variação

## CONCLUSÃO

O Inventário de Crenças acerca das Doença Mental (ICDM) mostrou que é uma medida fidedigna e válida. Por um lado, os razoáveis valores de consistência interna, mesmo em factores com reduzido número de itens, por outro a estrutura imergida da análise factorial e as diferentes análises de regressão que atestam a validade de construto do instrumento. O inventário mostrou ser sensível ao local de residência (proximidade com instituição psiquiátrica) e à actividade profissional na área da doença mental. Dada a sua natureza, tem a virtude de ser de fácil e rápida administração, especialmente com amostras de grande dimensão.

Sugere-se de igual modo que futuros estudos poderão incluir a utilização de outras medidas associadas a esta problemática, não só para o estudo de validade concorrente, mas com o intuito de compreender estruturalmente a forma como a doença mental é percebida no público em geral.

Contacto para utilização da escala:  
luisloureiro@eseaf.pt

## LISTA BIBLIOGRÁFICA

- ALBRECHT, G. L.; WALKER, V. G.; LEVY, J. A. (1982) - Social distance from the stigmatized: a test of two theories. *Social Science and Medicine*. N.º 16, p. 1319-1327
- ANGERMEYER, M. C.; DIETRICH, S.; HOLZINGER, A. (2004) - The Stigma of Mental Illness: Patients' Anticipations and Experiences. *International Journal of Social Psychiatry*. N.º 50, p. 153-162
- AYESTERAN, S.; PAEZ, D. (1986) - Representación social de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*. N.º 16, p. 95-124
- BROCKINGTON, I. F.; HALL, P.; LEVINGS, J.; MURPHY, C. (1993) - The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*. N.º 162, p. 93-99
- BRYMAN, A.; CRAMER, D. (1992) - Análise de Dados em Ciências Sociais - Introdução às Técnicas utilizando o SPSS. Oeiras: Editora Celta.
- COHEN, J.; STRUENING, E. L. (1962) - Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal Abnormal Social Psychology*. Vol. 64, n.º 5, p. 349-60.
- CORRIGAN, P. W.; ROWAN, D.; GREEN, A.; *et al.* (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, N.º 28, p. 293-310
- FRANCIS, C.; PIRKIS, J.; DUNT, D.; BLOOD, R. W. (2001) - Mental health and illness in the media: A review of the literature. Canberra: Mental Health and Special Programs Branch, Department of Health and Aging, Australia.
- GOFFMAN, E. (1968) - Stigma: Notes on the Management of Spoiled identity. NJ: Prentice-Hall, Englewood Cliffs
- GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. (1996) - Perturbações Mentais Comuns. Lisboa: Climepsi Editores
- HARRIS, R. (2004) - Media representation of people with mental health problems. *Nursing Times*. N.º 34, p. 33-35
- HELMAN, C. G. (1994) - Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artes Médicas
- HILL, M. e HILL, A. (2002) - Investigação por Questionário Lisboa: Edições Sílabo
- HIRAI, M.; CLUM, G. A. (2000) - Development, reliability and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. N.º 22, p. 221-236.
- JODELET, D. (1989) - Folies et représentations sociales. Paris: PUF
- JOHNSON, S.; ORRELL, M. (1995) - Insight and psychosis: a social perspective. *Psychological Medicine*. N.º 25, p. 515-520
- KLINE, P. (1997) - An Easy Guide to Factor Analysis London: Routledge
- LAWSON, A.; FOUTS, G. (2004) - Mental illness in Disney animated films. *Canadian Journal of Psychiatry*, N.º 5, p. 310-314
- LINK, B. G.; CULLEN, F. T.; FRANK, J.; *et al.* (1987) - The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*. N.º 92, p. 1461-1500
- MARTIN, J. K.; PESCOLIDIO, B. A.; TUCH, S. A. (2000) - Of fear and loathing; the role of 'disturbing behaviour', labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health, Society and Behaviour*. N.º 41, p. 208-223
- NUNNALLY, J. (1961) - Popular Conceptions of Mental Health: Their development and change. New York: Rinehart e Winston
- OLIVEIRA, S. (2005) - A Loucura no outro - um contributo para o estudo do impacto da loucura no profissional de saúde mental. Tese de doutoramento apresentada à FPCEUC
- OMS. (2001) - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Relatório sobre a Saúde no Mundo. Geneve: OMS
- PENN, D. L.; GUYNAN, K.; DAILY, T. *et al.* (1994) - Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best?. *Schizophrenia Bulletin*. N.º 20 567-577
- PESCOLIDIO, B. A.; MONAHAN, J.; LINK, B. G.; *et al.* (1999) - The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*. N.º 89, p. 1339-1345
- PHELAN, J. C.; LINK, B. G.; STUEVE, A.; *et al.* (2000) - Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behavior*. N.º 41, p. 188-207
- PICHOT, P. (1983) - A Century of Psychiatry. London: Roche
- RABKIN, J. (1974) - Public attitudes towards mental illness: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*. N.º 10, p. 9-33
- SCULL, A. T. (1981) - Madhouses, Mad Doctors and Madmen: The social history of psychiatry in the Victorian era. London: Athlone Press
- SHORTER, E. (2001) - História da Psiquiatria. Da Era do Manicócio à idade do Prozac, Lisboa: Climepsi Editores
- SINGH, S.; BAXTER, H.; STANDEN, P.; *et al.* (1998) - Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors': towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. *Medical Education*. N.º 32, p. 115-20

REF  
55\*\*\*

11\*\*\*

9\*\*

dias  
de

t
3.376**
2.442*
-.322
-2.682*
.724

obtidos  
adro 8).  
ário dos  
am item

do

s	CV%
93	15.46
74	23.61
77	25.33
.20	24.80
.58	48.22

Agosto 2006

Revista Investigação em Enfermagem, n.º 14 Agosto 2006

43

## **Anexo E- Consentimento Informado**

### **Pedido de Autorização Formal**

Eu, Maria de Lurdes Gomes de Almeida, aluna nº 13909 do ISPA-IU - Instituto Universitário de Ciências Sociais e da Vida, venho solicitar a sua participação num projecto de investigação.

Este projecto surge no âmbito da Tese de Mestrado, enquanto aluna do Curso Mestrado Integrado em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica.

Inserir-se no tema *Estigma Social acerca da Doença Mental*, e tem como objetivo averiguar se o programa de rádio realizado por pessoas portadoras de doença mental, influencia as crenças acerca da mesma.

Esta investigação acontecerá em dois momentos, com um espaço temporal de intervalo de 1 semana.

Os dados recolhidos serão tratados de forma a garantir o anonimato. O investigador garante a confidencialidade sobre os mesmos, que serão utilizados apenas para fins de investigação.

A sua colaboração é voluntária.

Para mais informações /esclarecimentos, poderá ser contactável o Orientador da Dissertação, Prof. Dr. Csongor Juhos, através do email [csongor.juhos@ispa.pt](mailto:csongor.juhos@ispa.pt)

Obrigada pela sua colaboração!

## Anexo F – Fiabilidade – Alpha de Cronbach

<b>Reliability Statistics</b>	
Cronbach's	
Alpha	N of Items
,882	47

<b>Item-Total Statistics</b>				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ICDM1	170,6333	582,516	,544	,877
ICDM2	169,9667	594,378	,424	,879
ICDM3	172,1333	591,016	,414	,879
ICDM4	169,4667	582,671	,436	,878
ICDM5	170,1667	596,626	,441	,879
ICDM6	171,3333	576,161	,565	,876
ICDM7	170,3667	575,137	,391	,880
ICDM8	169,2667	635,030	-,351	,889
ICDM9	171,6000	584,248	,427	,879
ICDM10	170,0000	638,621	-,305	,891
ICDM11	170,9000	584,024	,488	,878
ICDM12	171,5667	599,013	,232	,882
ICDM13	168,8333	599,109	,316	,880
ICDM14	171,7333	581,099	,523	,877
ICDM15	169,9333	576,202	,570	,876
ICDM16	170,3667	584,723	,517	,878
ICDM17	169,7667	623,082	-,129	,886
ICDM18	170,0333	590,654	,354	,880
ICDM19	171,1000	630,714	-,196	,890
ICDM20	170,2000	577,614	,500	,877
ICDM21	170,4333	570,668	,608	,875
ICDM22	169,7000	591,459	,395	,879
ICDM23	170,2667	564,892	,718	,874
ICDM24	169,0000	595,586	,367	,880
ICDM25	169,0000	628,483	-,258	,887
ICDM26	170,4667	570,395	,565	,876
ICDM27	168,7333	627,995	-,240	,887

ICDM28	171,0333	560,309	,551	,876
ICDM29	171,6333	580,033	,479	,878
ICDM30	169,3333	635,678	-,349	,889
ICDM31	170,6333	588,861	,473	,878
ICDM32	169,2333	586,530	,501	,878
ICDM33	170,7333	598,340	,296	,881
ICDM34	169,2000	634,166	-,352	,888
ICDM35	172,2333	585,151	,526	,878
ICDM36	171,7333	570,202	,727	,874
ICDM37	168,8667	609,982	,111	,883
ICDM38	171,0333	575,137	,638	,876
ICDM39	170,1667	574,420	,531	,877
ICDM40	168,8667	614,671	,031	,884
ICDM41	170,5667	577,909	,582	,876
ICDM42	170,2000	603,545	,171	,883
ICDM43	169,9000	575,748	,635	,876
ICDM44	170,7000	567,183	,655	,875
ICDM45	172,7000	605,666	,283	,881
ICDM46	171,4333	566,185	,815	,873
ICDM47	171,4333	586,944	,371	,880

#### **Reliability Statistics**

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,932	47

#### **Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ICDM1	153,8333	916,695	,501	,930
ICDM2	153,1667	926,626	,449	,930
ICDM3	155,3333	928,506	,354	,931
ICDM4	152,6667	918,368	,386	,931
ICDM5	153,3667	927,413	,506	,930

ICDM6	154,5333	897,292	,664	,929
ICDM7	153,5667	914,392	,310	,933
ICDM8	155,1333	919,982	,532	,930
ICDM9	154,8000	912,166	,468	,930
ICDM10	154,4000	915,352	,407	,931
ICDM11	154,1000	912,852	,520	,930
ICDM12	154,7667	932,944	,248	,932
ICDM13	152,0333	935,137	,301	,931
ICDM14	154,9333	907,857	,571	,929
ICDM15	153,1333	895,706	,690	,928
ICDM16	153,5667	917,771	,496	,930
ICDM17	154,6333	937,206	,250	,932
ICDM18	153,2333	926,875	,318	,932
ICDM19	153,3000	937,528	,154	,933
ICDM20	153,4000	904,317	,535	,930
ICDM21	153,6333	889,344	,714	,928
ICDM22	152,9000	922,024	,430	,931
ICDM23	153,4667	888,395	,753	,928
ICDM24	152,2000	939,062	,230	,932
ICDM25	155,4000	931,559	,405	,931
ICDM26	153,6667	899,195	,556	,929
ICDM27	155,6667	937,057	,297	,931
ICDM28	154,2333	884,392	,565	,930
ICDM29	154,8333	904,695	,545	,930
ICDM30	155,0667	926,892	,406	,931
ICDM31	153,8333	918,075	,520	,930
ICDM32	152,4333	920,737	,469	,930
ICDM33	153,9333	929,099	,355	,931
ICDM34	155,2000	922,786	,518	,930
ICDM35	155,4333	910,530	,613	,929
ICDM36	154,9333	904,961	,634	,929
ICDM37	152,0667	950,202	,074	,933
ICDM38	154,2333	906,254	,611	,929
ICDM39	153,3667	896,102	,612	,929
ICDM40	152,0667	960,271	-,085	,933
ICDM41	153,7667	908,116	,577	,929
ICDM42	153,4000	939,903	,171	,933
ICDM43	153,1000	899,610	,706	,928
ICDM44	153,9000	886,162	,747	,928

ICDM45	155,9000	941,197	,305	,931
ICDM46	154,6333	891,895	,828	,928
ICDM47	154,6333	920,516	,357	,931

### Reliability Statistics

Cronbach's	
Alpha	N of Items
,933	47

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ICDM1	150,3667	926,516	,498	,931
ICDM2	149,7000	937,045	,438	,932
ICDM3	151,8667	938,671	,348	,932
ICDM4	149,2000	929,545	,369	,932
ICDM5	149,9000	937,197	,505	,931
ICDM6	151,0667	905,857	,675	,929
ICDM7	150,1000	925,610	,297	,934
ICDM8	151,6667	928,575	,549	,931
ICDM9	151,3333	920,851	,479	,931
ICDM10	150,9333	924,478	,412	,932
ICDM11	150,6333	922,654	,518	,931
ICDM12	151,3000	943,803	,235	,933
ICDM13	148,5667	946,254	,281	,932
ICDM14	151,4667	917,361	,573	,930
ICDM15	149,6667	904,575	,698	,929
ICDM16	150,1000	928,300	,484	,931
ICDM17	151,1667	946,144	,262	,933
ICDM18	149,7667	936,530	,319	,932
ICDM19	149,8333	948,626	,141	,934
ICDM20	149,9333	913,030	,545	,931
ICDM21	150,1667	899,247	,710	,929
ICDM22	149,4333	931,771	,430	,932

ICDM23	150,0000	897,448	,758	,929
ICDM24	148,7333	950,892	,201	,933
ICDM25	151,9333	940,823	,413	,932
ICDM26	150,2000	908,166	,563	,930
ICDM27	152,2000	945,338	,321	,932
ICDM28	150,7667	895,151	,554	,931
ICDM29	151,3667	913,413	,555	,930
ICDM30	151,6000	935,145	,427	,932
ICDM31	150,3667	928,171	,514	,931
ICDM32	148,9667	930,585	,467	,931
ICDM33	150,4667	939,430	,346	,932
ICDM34	151,7333	931,720	,530	,931
ICDM35	151,9667	918,723	,633	,930
ICDM36	151,4667	915,568	,621	,930
ICDM37	148,6000	960,800	,062	,934
ICDM38	150,7667	916,185	,607	,930
ICDM39	149,9000	903,679	,633	,930
ICDM40	152,0667	960,271	,085	,933
ICDM41	150,3000	918,286	,570	,930
ICDM42	149,9333	949,582	,173	,934
ICDM43	149,6333	908,999	,708	,929
ICDM44	150,4333	895,082	,754	,929
ICDM45	152,4333	950,530	,315	,932
ICDM46	151,1667	901,385	,828	,929
ICDM47	151,1667	929,592	,364	,932

Itens invertidos: 8, 10, 17, 22, 25, 27, 30, 34, 40:

<b>Reliability Statistics</b>	
Cronbach's	
Alpha	N of Items
,929	47

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ICDM1	147,9667	922,930	,481	,928
ICDM2	147,3000	931,114	,454	,928
ICDM3	149,4667	933,292	,354	,929
ICDM4	146,8000	920,855	,411	,928
ICDM5	147,5000	933,086	,490	,928
ICDM6	148,6667	903,402	,647	,926
ICDM7	147,7000	924,976	,261	,931
ICDM8	149,2667	922,892	,561	,927
ICDM9	148,9333	915,720	,482	,928
ICDM10	148,5333	919,430	,414	,928
ICDM11	148,2333	919,426	,497	,927
ICDM12	148,9000	936,438	,263	,929
ICDM13	146,1667	944,626	,230	,929
ICDM14	149,0667	910,547	,597	,927
ICDM15	147,2667	901,099	,682	,926
ICDM16	147,7000	919,252	,541	,927
ICDM17	148,7667	940,737	,268	,929
ICDM18	147,3667	926,102	,384	,928
ICDM19	148,0333	915,275	,362	,929
ICDM20	147,5333	905,637	,573	,927
ICDM21	147,7667	895,357	,699	,926
ICDM22	148,8333	959,799	-,019	,933
ICDM23	147,6000	892,731	,757	,925
ICDM24	146,3333	946,092	,198	,930
ICDM25	149,5333	935,085	,427	,928
ICDM26	147,8000	903,614	,560	,927
ICDM27	149,8000	940,372	,322	,929
ICDM28	148,3667	890,930	,549	,927
ICDM29	148,9667	912,585	,509	,927
ICDM30	149,2000	931,890	,403	,928
ICDM31	147,9667	923,620	,509	,927
ICDM32	146,5667	923,633	,496	,928
ICDM33	148,0667	935,651	,330	,929

ICDM34	149,3333	926,092	,542	,927
ICDM35	149,5667	914,116	,630	,927
ICDM36	149,0667	911,099	,616	,927
ICDM37	146,2000	957,269	,040	,931
ICDM38	148,3667	910,033	,623	,926
ICDM39	147,5000	901,224	,607	,926
ICDM40	149,6667	955,885	,075	,930
ICDM41	147,9000	914,507	,556	,927
ICDM42	147,5333	944,395	,175	,930
ICDM43	147,2333	906,461	,678	,926
ICDM44	148,0333	890,861	,747	,925
ICDM45	150,0333	945,344	,320	,929
ICDM46	148,7667	897,633	,814	,925
ICDM47	148,7667	922,530	,387	,928

---

## Anexo G – Comparação da pontuação total dos dois momentos

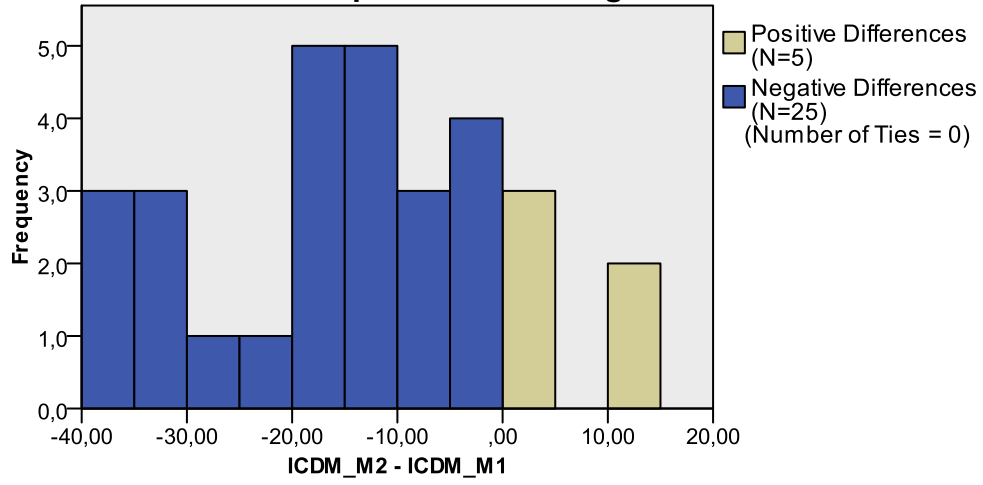
Paired Samples Statistics					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	ICDM_M1	140,1000	30	28,30054	5,16695
	ICDM_M2	125,7333	30	21,12350	3,85661

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between ICDM_M1 and ICDM_M2 equals 0	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

### Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test



<b>Total N</b>	30
<b>Test Statistic</b>	34,500
<b>Standard Error</b>	48,607
<b>Standardized Test Statistic</b>	-4,074
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,000

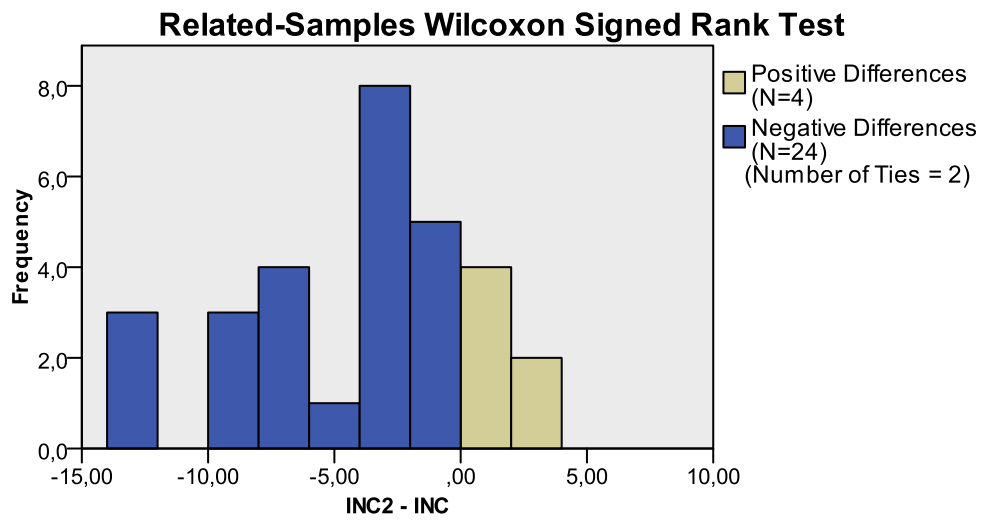
## Anexo H - Comparação das Dimensões entre os 2 momentos

		Paired Samples Statistics			
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	INC	36,2667	30	10,02044	1,82947
	INC2	31,6333	30	8,29409	1,51429
Pair 2	Rec_Doença_M1	32,7000	30	4,78611	,87382
	Rec_Doença_M2	30,4000	30	2,72409	,49735
Pair 3	Doença_Causa_Est_Discrim	21,2333	30	6,18498	1,12922
	inação_M1				
	Doença_Causa_Est_Discrim	17,1000	30	4,26170	,77808
	inação_M2				
Pair 4	Perigosidade_M1	23,0667	30	6,67436	1,21857
	Perigosidade_M2	17,4333	30	4,97361	,90805
Pair 5	Responsabilidade_Pessoal_	15,2000	30	4,97857	,90896
	M1				
	Responsabilidade_Pessoal_	12,7000	30	3,38506	,61802
	M2				
Pair 6	Doença_Condição_Médica_	15,8000	30	3,34664	,61101
	M1				
	Doença_Condição_Médica_	15,4000	30	3,13600	,57255
	M2				

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between INC and INC2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

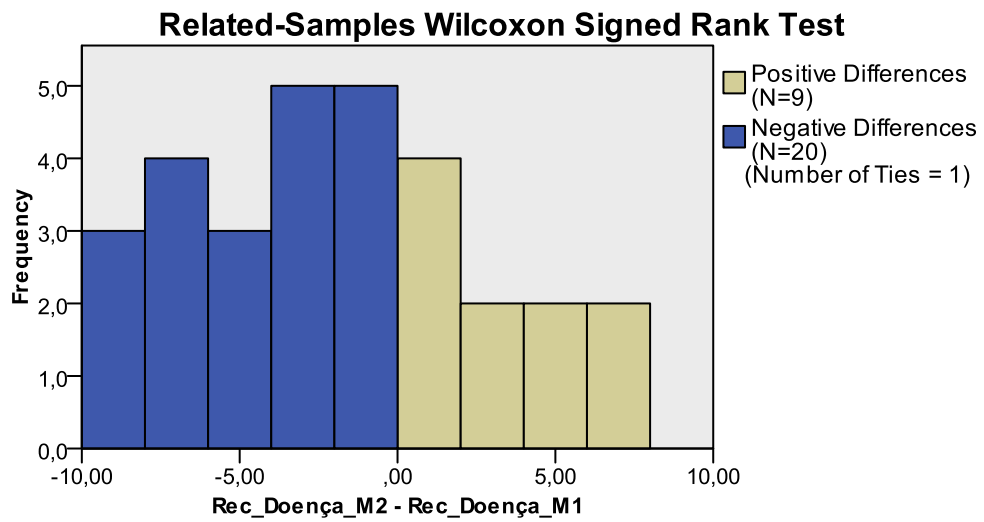


<b>Total N</b>	30
<b>Test Statistic</b>	20,000
<b>Standard Error</b>	43,812
<b>Standardized Test Statistic</b>	-4,177
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,000

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Rec_Doença_M1 and Rec_Doença_M2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,018	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

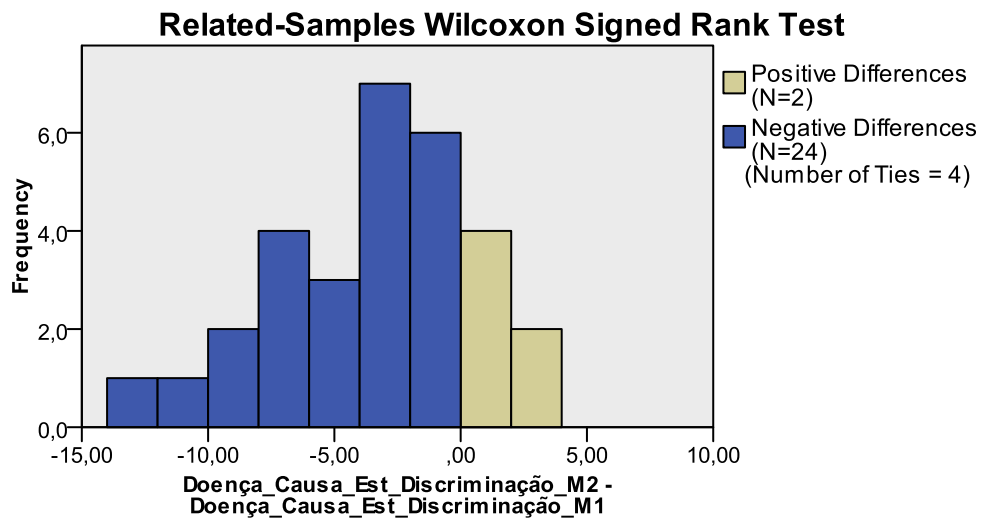


<b>Total N</b>	30
<b>Test Statistic</b>	108,000
<b>Standard Error</b>	46,160
<b>Standardized Test Statistic</b>	-2,372
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,018

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Doença_Causa_Est_Discriminação_M1 and Doença_Causa_Est_Discriminação_M2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

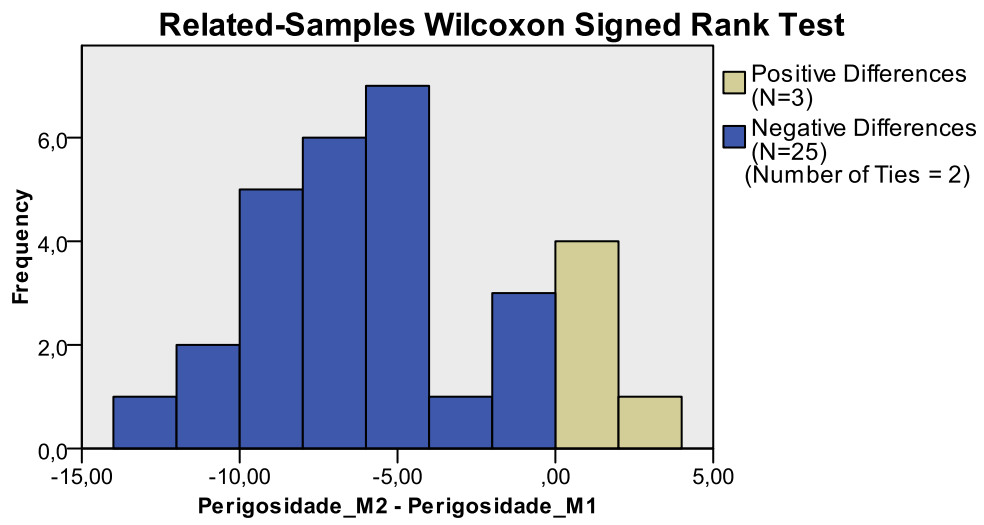


<b>Total N</b>	30
<b>Test Statistic</b>	14,000
<b>Standard Error</b>	39,278
<b>Standardized Test Statistic</b>	-4,112
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,000

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Perigosidade_M1 and Perigosidade_M2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

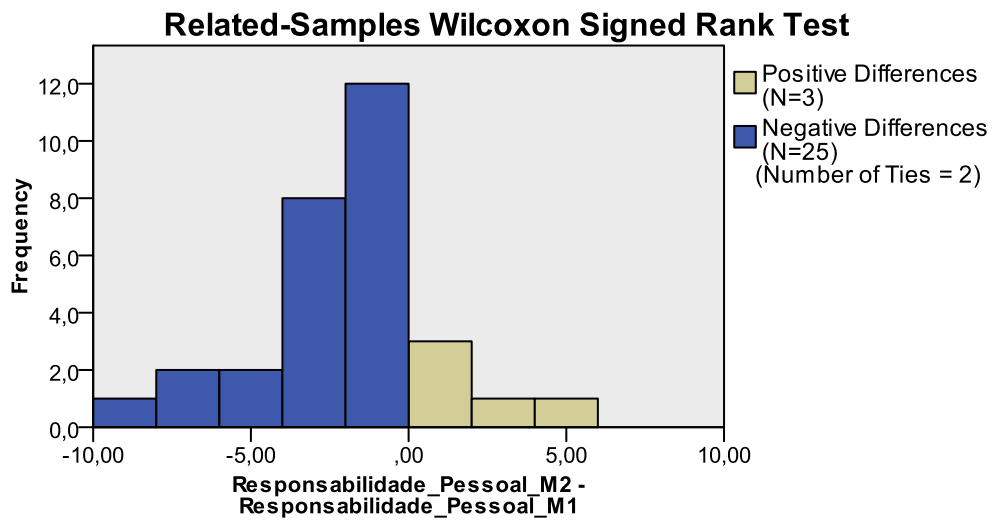


<b>Total N</b>	30
<b>Test Statistic</b>	10,000
<b>Standard Error</b>	43,868
<b>Standardized Test Statistic</b>	-4,400
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,000

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Responsabilidade_Pessoal_M1 and Responsabilidade_Pessoal_M2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

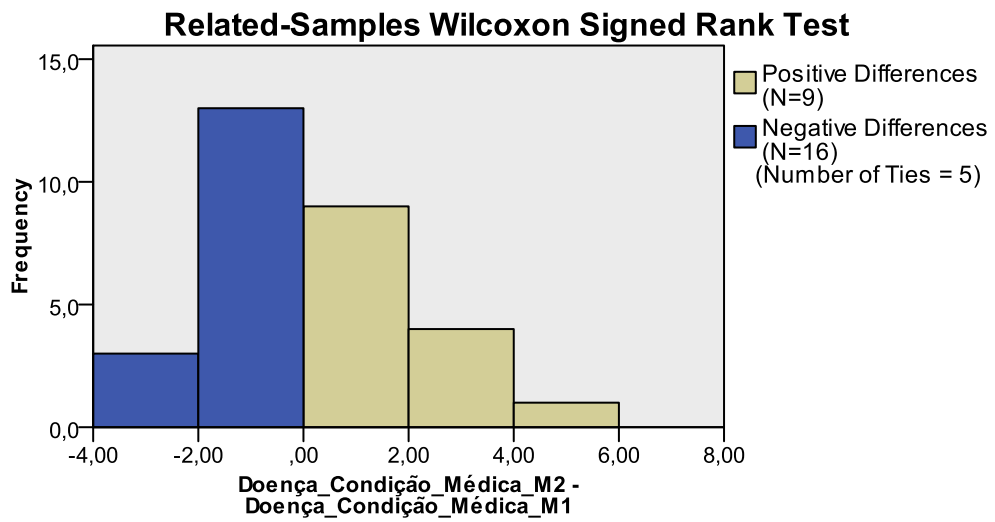


<b>Total N</b>	30
<b>Test Statistic</b>	39,500
<b>Standard Error</b>	43,681
<b>Standardized Test Statistic</b>	-3,743
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,000

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Doença_Condição_Médica_M1 and Doença_Condição_Médica_M2 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,193	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



<b>Total N</b>	30
<b>Test Statistic</b>	115,000
<b>Standard Error</b>	36,510
<b>Standardized Test Statistic</b>	-1,301
<b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b>	,193