

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



ATITUDES DA COMUNIDADE
FACE ÀS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Teresa Maria Pereira Mósca

N.º de Aluna: 15374

Tese submetida para requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Comunitária

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

ATITUDES DA COMUNIDADE
FACE ÀS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Teresa Maria Pereira Mósca

Dissertação orientada pelo Prof. Dr. José Henrique Pinheiro Ornelas

Tese submetida para requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Comunitária

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Prof. Dr. José Henrique Pinheiro Ornelas, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Comunitária conforme o despacho da DGES, n.º 6037/2007 publicado em diário da República 2ª Série de 23 de Março, 2007.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Doutor José Ornelas a orientação que me foi novamente prestada, as críticas e sugestões que fez e que me lançaram novos e interessantes desafios para a realização deste trabalho.

RESUMO

O estigma é um atributo ou uma marca desvalorizante que torna o indivíduo que o possui diferente dos outros e reduzido a essa característica. A estigmatização das pessoas com experiência de doença mental tem consequências quer a nível pessoal, quer a nível público. O objectivo deste estudo qualitativo é descrever as atitudes da comunidade face às pessoas com doença mental, considerando o género e a idade dos participantes. Os 50 participantes (25 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 20 e os 55 anos completaram a Escala de Atitudes da Comunidade face ao Doente Mental (Taylor & Dear, 1981). A amostra revelou-se autoritária e socialmente restritiva em relação às pessoas com doença mental e, simultaneamente, menos benevolente e próxima de uma ideologia comunitária de saúde mental. Os participantes do sexo masculino mais velhos são os mais autoritários, benevolentes e socialmente restritivos. Os participantes mais jovens e de ambos os sexos identificam-se mais com a ideologia comunitária. Perante estes resultados, reflectimos sobre um modelo de campanhas anti-estigma baseado em estratégias de redução do estigma – protesto, educação e contacto.

Palavras-chave: Estigma, estigma da doença mental, atitudes da comunidade, estratégias anti-estigma.

ABSTRACT

Stigma is an attribute or a mark of devaluation that makes the individual who possesses it different from others and reduced to that characteristic. Stigmatization of people with mental illness experience has personal and public consequences. The purpose of this qualitative study is to describe community attitudes towards the mentally ill, focusing on participants' gender and age. 50 participants (25 female), with ages between 20 and 55 years old, completed the Community Attitudes towards the Mentally Ill scale (Taylor & Dear, 1981). The sample revealed itself as authoritarian and socially restrictive towards people with mental illness and, simultaneously, with fewer signs of benevolence and proximity to a community mental health ideology. Male and older participants were the most authoritarian, benevolent and socially restrictive. Younger participants were more close to community ideology. Facing these results, a model of anti-stigma campaigns based on reducing stigma strategies – protest, education and contact – is reviewed.

Keywords: Stigma, mental illness stigma, community attitudes, anti-stigma strategies.

INTRODUÇÃO

O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

Erving Goffman (1990) definiu *estigma* como um atributo de um indivíduo que o torna diferente dos outros, profundamente desvalorizante que prejudica a sua identidade social. O indivíduo que possui um determinado estigma deixa de ser visto na sua totalidade, torna-se menos desejável e acolhido pelos outros por este pormenor que o distingue (Crocker, Major & Steele, 1998).

O estigma da doença mental é um exemplo de um estado desacreditante devido a uma marca ou condição externa (Corrigan & Watson, 2007). Em termos gerais, o estigma da doença mental resulta da associação errónea da doença mental a algo vergonhoso e, juntamente com a discriminação, constituem obstáculos para o tratamento, o *recovery* e a qualidade de vida das pessoas com doença mental (Fung, Tsang, Corrigan, Lam, & Cheng, 2007; Pinfold, Byrne, & Toulmin, 2005; Sartorius, 2002).

Corrigan e Watson (2007) relembram os três factores que constituem o processo de estigmatização: estereótipos, preconceito e discriminação.

Os estereótipos são estruturas de conhecimento eficazes que ajudam na categorização da informação acerca dos grupos sociais (Corrigan & Watson, 2007; Gray, 2002). De acordo com Taylor e Dear (1981) é possível identificar os seguintes estereótipos negativos relativos às pessoas com doença mental:

- a) medo e exclusão: as pessoas com doença mental são perigosas e imprevisíveis e por isso devem manter-se hospitalizadas, longe das comunidades;
- b) autoritarismo: as pessoas com doença mental são irresponsáveis e fracas de carácter, incapazes de tomar decisões por si próprias;
- c) benevolência: as pessoas com doença mental devem ser vistas e tratadas como crianças.

Os estereótipos geram expectativas correspondentes acerca das pessoas que constituem o grupo estereotipado, dando origem ao preconceito (Lauber, Nordt, Braunschweig, & Rössler, 2006) que por sua vez conduzem a uma reacção cognitiva e emocional, isto é, a discriminação (Crocker et al., 1998; Lauber et al., 2006; Watson & Corrigan, 2001).

De acordo com Corrigan e Watson (2007), é possível distinguir o estigma público do estigma internalizado. O estigma público é a forma como a população geral reage às pessoas com doença mental, isto é, discriminando e apoiando a segregação social destas pessoas. É menos provável que os membros do público que pensam desta forma contratem pessoas com doença mental, lhes arrendem apartamentos, com elas interajam socialmente e promovam a sua integração comunitária (Corrigan et al., 2000; Corrigan et al., 2001b; Corrigan et al., 2002; Jorge-Monteiro & Madeira, 2007; Levine, Perkins, & Perkins, 2005; Perese 2007).

No contexto do estigma público, também os profissionais de saúde mental devem ser sensíveis ao impacto do estigma da doença mental nas vidas das pessoas rotuladas dessa forma (Corrigan & Watson, 2007). Um estudo conduzido por Addison e Thorpe (2004) revelou que existem diferenças entre os membros do público e os profissionais de saúde mental acerca das causas e tratamentos das perturbações, prevalecendo atitudes que activamente impedem a procura de ajuda. Apesar dos profissionais terem mais contacto com as perturbações mentais, devem tomar consciência das suas próprias atitudes e ser cuidadosos acerca das expectativas que transmitem às pessoas com doença mental e seus familiares (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, & Henderson, 1999).

O estigma internalizado, ou o auto-estigma, é o conjunto das reacções que os indivíduos assumem contra si próprios por pertencerem a determinado grupo estigmatizado. Watson e seus colaboradores (2007) descrevem este processo a três níveis: a concordância com os estereótipos negativos (por exemplo, as pessoas com doença mental são fracas), a internalização da ideia geral (sou fraco porque sou doente mental) e a diminuição de auto-estima e auto-eficácia. O processo de auto-estigmatização, bem como as concepções culturais de doença mental, também bloqueiam a procura, o acesso e as opções de tratamentos psicossociais (Dahlberg, Waern & Runeson, 2008; Hamilton et al., 2006; Perese, 2007; Tanaka, Ogawa, Inadomi, Kikuchi, & Otha, 2003).

Numa investigação conduzida por Dinos (2004), as pessoas com algum tipo de perturbação manifestam sentimentos e experiências de estigma e são afectadas por isso. Buizza e seus colaboradores (2007) identificaram os elementos constituintes do estigma da perspectiva daqueles que têm esta experiência em primeira-mão, pelas suas próprias palavras. Os tópicos mais frequentes (acesso a papéis sociais, internalização do estigma, qualidade dos serviços de saúde mental e imagem pública da doença mental) dizem respeito a experiências de

marginalização e discriminação. Quinn, Kahng e Crocker (2004) analisaram o efeito de revelar a experiência de doença mental na performance intelectual e concluíram que as pessoas que o fizeram obtiveram piores resultados. Fung e seus colaboradores (2007) concluíram que alguns participantes (auto-estigmatizados) admitem que o público em geral não lhes deu as mesmas oportunidades de participação na comunidade e isto levou-os a afastarem-se das opções de tratamento oferecidas pelos serviços de saúde mental. Os participantes do estudo conduzido por Pinfold (2005) definiram a experiência de estigma numa tríade: credibilidade diminuída, *dis-empowerment* e afastamento por parte das redes sociais.

ATITUDES DA COMUNIDADE FACE À DOENÇA MENTAL

Alguns estudos de investigação sobre as atitudes da comunidade face à doença mental procuraram identificar variáveis socio-demográficas que a elas se associam e as influenciam.

Ao construir e testar um novo instrumento que medisse as atitudes da comunidade face às pessoas com doença mental, Taylor e Dear (1981) concluíram que os efeitos das características demográficas eram estatisticamente significativos e consistentes na sua direcção. Assim, os participantes do sexo masculino, mais velhos, solteiros, separados ou divorciados, com filhos menores, mostraram-se os mais autoritários e socialmente restritivos e os menos benevolentes e orientados para a perspectiva comunitária de saúde mental.

Wolff, Pathare, Craig e Leff (1996a) tentaram apurar quais os factores atitudinais da sua amostra relativamente à abertura de uma estrutura habitacional para pessoas com doença mental no seu bairro. Pela análise factorial, conseguiram identificar três componentes das atitudes expressas e seus determinantes: 1) o medo e a exclusão foram determinados pelo facto dos participantes terem filhos; 2) o controlo social está associado à classe social, à origem étnica, à idade, à experiência prévia de doença mental e ter filhos; e 3) a boa vontade é unicamente determinada pelo nível de habilitações literárias.

Mais recentemente, Buizza e seus colaboradores (2005) seleccionaram três factores atitudinais e respectivos indicadores socio-demográficos: 1) a distância física e o medo estão associados a indivíduos do sexo masculino, com mais de 61 anos, divorciados/separados ou viúvos, que não participam em quaisquer actividades sociais ou de voluntariado; 2) a distância social e o isolamento associam-se a indivíduos com idade superior a 41 anos, com mais de 4

anos de escolaridade e que estão desempregados; 3) a responsabilidade social e a tolerância não apresentaram associação significativa com nenhuma variável sócio-demográfica.

Corrigan e Watson (2007) concluíram que os participantes do seu estudo que revelaram menos atitudes estigmatizadoras foram as mulheres, caucasianas e com maiores habilitações literárias.

Por vezes, as atitudes negativas parecem estar associadas à falta de conhecimento. Num estudo posterior, Wolff, Pathare, Craig e Leff (1996b) testaram esta hipótese e concluíram que, apesar de 80% dos participantes conhecerem alguém com experiência de doença mental, poucos eram os que apresentavam conhecimentos exactos sobre doença mental. Ademais, os participantes que expressaram mais atitudes de controlo social eram aqueles que também apresentavam menores conhecimentos acerca da doença mental.

Addison e Thorpe (2004) examinaram a precisão de determinados conhecimentos acerca da doença mental e a sua influência no tipo de atitudes. Os resultados mostraram que as pessoas com experiências individuais nesta área eram em geral mais positivas nas suas atitudes e os autores concluíram que a informação afectiva explicaria a maior percentagem de variação dos factores atitudinais.

Gureje e seus colaboradores (2005) na sua vasta amostra nigeriana, concluíram também que a falta de conhecimentos acerca das perturbações mentais é comum entre os participantes. Entre eles prevalecem atitudes e pontos de vista negativos com noções de causalidade, atribuindo às pessoas a responsabilidade pela sua doença, e com medo. Os participantes do estudo conduzido por Hamilton e seus colaboradores (2006) atribuem diversas causas para a doença mental e a maioria delas influenciadas por crenças culturais.

Noutros estudos, os participantes que mostraram mais conhecimentos (tratamento, intervenções e prognóstico) são os que estigmatizam menos (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak, & Penn, 2001a; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000; Dahlberg et al., 2008). Estas pessoas não acreditam na perigosidade, não discriminam tanto e não evitam as pessoas com doença mental.

OBJECTIVO DO ESTUDO

O objectivo do estudo é conhecer as atitudes do público sobre a doença mental, uma vez que este conhecimento é central para se compreender e tentar reduzir eventuais atitudes

estigmatizantes. Assim, considerou-se pertinente investigar e descrever as atitudes dos participantes da nossa amostra relativamente às pessoas com doença mental. A partir dos dados demográficos recolhidos (género e idade), tentou-se perceber as variações e eventuais diferenças dos *scores* obtidos consoante o género dos participantes e o grupo etário a que pertencem.

METODOLOGIA

Neste estudo foi utilizado o método qualitativo de investigação que se baseia na globalidade, compreensão e descrição dos fenómenos, sem os desfragmentar ou descontextualizar. As técnicas de recolha de dados deste tipo de metodologia são bastante diversificadas, sendo possível recorrer a métodos mais informais e menos quantitativos: entrevistas, registo directo, observação participante ou análise de documentos (Almeida & Freire, 2000).

Neste sentido, procurou-se identificar os componentes descritivos do fenómeno em estudo – as atitudes da comunidade face às pessoas com doença mental.

Participantes

Os participantes deste estudo, num total de 50 (25 do sexo masculino), pertencem ao público em geral, com idades compreendidas entre os 20 e os 55 anos (Tabela 1). A recolha da amostra foi feita através do método de amostragem simples. De acordo com este método, todos os sujeitos tiveram a mesma probabilidade de integrar a amostra e a selecção de um sujeito não interferiu ou condicionou a selecção do sujeito seguinte (Almeida & Freire, 2000).

TABELA 1

Distribuição dos participantes de acordo com o grupo etário

Grupos Etários	20-30	31-40	41-50	51-60
n (%)	22 (44%)	10 (20%)	15 (30%)	3 (6%)

Instrumento

Após terem sido informados dos objectivos do presente estudo, os participantes preencheram a Escala de Atitudes da Comunidade face ao Doente Mental (Community

Attitudes Toward the Mentally Ill – CAMI, Taylor & Dear, 1981; Anexo 1), à qual se acrescentou um pedido de dados demográficos (Sexo e Idade). No total, a CAMI é constituída por 40 afirmações face às quais os participantes se posicionam numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando entre *concordo totalmente* e *discordo totalmente*. Os itens agrupam em 4 sub-escalas referentes a 4 factores atitudinais:

- 1) Autoritarismo: reflecte a ideia de que as pessoas com doença mental pertencem a uma classe inferior que necessita de tratamento coercivo (“Uma das principais causas de doença mental é a ausência de auto-disciplina e força de vontade.”);
- 2) Benevolência: reflecte uma postura mais solidária em relação àqueles que sofrem de doença mental baseada em princípios humanísticos e religiosos (“Precisamos adoptar uma atitude muito mais tolerante relativamente aos doentes mentais da nossa sociedade.”);
- 3) Restrição social: reflecte a ideia de que as pessoas com doença mental são uma ameaça para a sociedade (“Os doentes mentais deveriam ser isolados da restante comunidade.”);
- 4) Ideologia Comunitária de Saúde Mental: reflecte o reconhecimento do valor terapêutico e a aceitação dos cuidados desinstitucionalizados (“A melhor terapia para muitos doentes é fazer parte de uma comunidade normal.”).

Os itens foram ordenados consoante a sub-escala a que pertencem para minimizar o enviesamento das respostas. O coeficiente de alfa para todas as sub-escalas é superior a 0.50, o que pode ser interpretado como um nível satisfatório (embora modesto) de fiabilidade nos primeiros momentos da construção da escala (Taylor e Dear, 1981).

A versão da CAMI utilizada neste estudo é uma tradução do original em língua inglesa, sujeita a pré-teste com o objectivo de clarificar e corrigir eventuais itens que depois de traduzidos poderiam ser de difícil compreensão para os participantes.

Procedimento

Os potenciais participantes foram abordados na via pública e convidados a participar no estudo, apresentado os seus objectivos. Aqueles que concordaram, preencheram o instrumento apresentado.

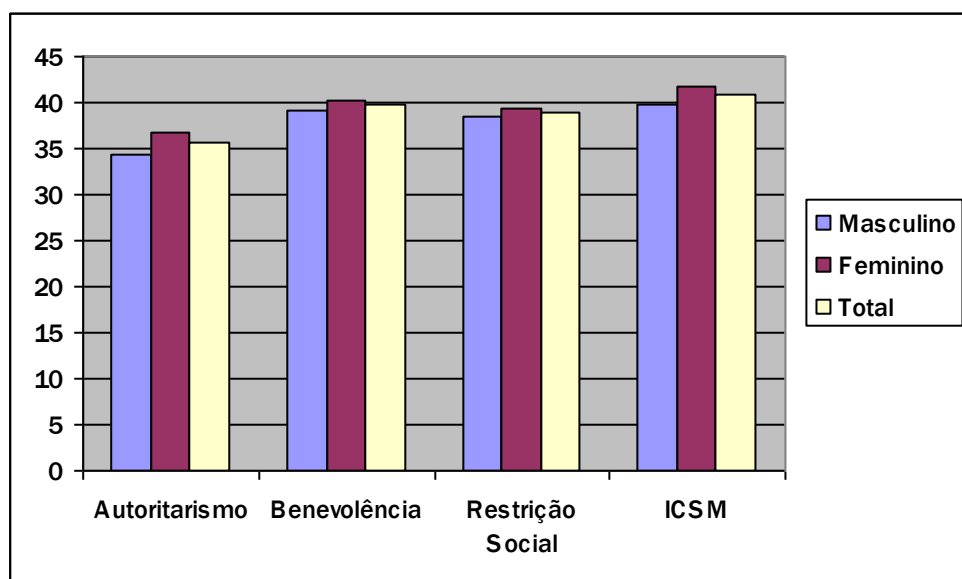
RESULTADOS

Os participantes do estudo expressaram, por um lado, mais sentimentos englobados nas sub-escalas *Autoritarismo* (35.62) e *Restrição social* (38.88) e, por outro, afastaram-se das perspectivas das sub-escalas *Benevolência* (39.72) e *Ideologia Comunitária de Saúde Mental* (40.78). De notar que os valores mais baixos representam maior grau de concordância com o factor em questão.

O Gráfico 1 mostra-nos também como os valores obtidos pelos participantes do sexo masculino são sempre inferiores aos das participantes: isto quer dizer que eles se identificam mais com todas as sub-escalas que as participantes.

GRÁFICO 1

Resultados obtidos nas sub-escalas da CAMI de acordo com o sexo.



Ao agruparmos a totalidade dos participantes em diferentes grupos etários (Tabela 2), verificamos que os participantes com idades superiores a 41 anos são os mais autoritários e também os mais benevolentes. Os participantes com idades compreendidas entre os 31-40 anos adoptam mais atitudes de restrição social e são mais orientados para a ideologia comunitária de saúde mental.

TABELA 2

Valores obtidos pelos participantes nas sub-escalas da CAMI de acordo com o grupo etário

Grupos etários	Sub-escalas de atitudes			
	Autoritarismo	Benevolência	Restrição social	ICSM
20-30	35	39,8	39,1	40,7
20-30	35	39,8	39,1	40,7
31-40	35,3	38,6	36,9	38
41-50	34,3	40,1	38,9	41,8
51-55	36	38,3	41	43

Como vimos, a amostra em estudo apresenta valores sensivelmente idênticos e com pouca variação em todas as sub-escalas da CAMI. É de salientar o valor mais baixo obtido na sub-escala *Autoritarismo*, o que significa que esta amostra tende a concordar com perspectivas mais autoritárias no que diz respeito ao tratamento das pessoas com doença mental. Por outro lado, os valores ligeiramente superiores obtidos na sub-escala *Ideologia Comunitária de Saúde Mental*, revela a distância a percorrer ainda para se considerar o valor terapêutico da comunidade.

DISCUSSÃO

O objectivo deste estudo era descrever as atitudes da amostra relativamente às pessoas com experiência de doença mental, focando especial atenção em duas características socio-demográficas: o sexo e a idade dos participantes. De um modo geral, a amostra em estudo é autoritária e socialmente restritiva em relação às pessoas com doença mental e, paralelamente, menos benevolente e menos próxima de uma ideologia comunitária de saúde mental.

Os participantes do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos expressam atitudes menos positivas em relação às pessoas com doença mental: são mais autoritários, isto é, apoiam, por exemplo, a necessidade de hospitalização e o isolamento social das pessoas com doença mental, facto que é consistente com estudos anteriores (Buizza et al., 2005; Corrigan & Watson, 2007; Taylor & Dear, 1981; vários autores cit. por Wolff, 2000; Wolff et al., 1996a).

Contrariamente aos resultados das investigações anteriores (Buizza et al., 2005; Taylor & Dear, 1981; Wolff et al., 1996a), os participantes do sexo masculino e mais velhos são também os mais benevolentes, isto é, apelam à responsabilidade da sociedade para com as pessoas com doença mental. Por outro lado, são igualmente os mais restritivos a nível social: acreditam na perigosidade e imprevisibilidade das pessoas com doença mental e defendem a manutenção da distância social em relação a elas.

Os participantes mais jovens de ambos os sexos identificam-se mais com a ideologia comunitária para os cuidados de saúde mental que os mais velhos, facto que coincide com alguns dados anteriores (Taylor & Dear, 1981) e não com outros (Wolff et al., 1996a).

Como vimos, neste estudo predominam ligeiramente atitudes estigmatizantes, isto é, atitudes autoritárias e de restrição social relativamente às pessoas com doença mental. Esta conclusão assume uma importância significativa, no sentido de se reconhecerem os efeitos negativos do estigma social quer em termos individuais, quer públicos e estudar formas possíveis para reduzir este problema nas sociedades. Impõe-se, por isso, uma reflexão acerca das estratégias para combater a rejeição destas pessoas das relações interpessoais e facilitar o seu acesso a papéis sociais.

Nos últimos anos, a natureza negativa e persistente do estigma da doença mental tem levado à implementação de campanhas que desafiam os estereótipos e as reacções discriminatórias que potenciam as dificuldades sociais sentidas pelas pessoas com experiência de doença mental (Pinfold et al., 2003).

Corrigan e seus colaboradores (2001b) apresentaram três estratégias que servem de base à maioria das campanhas anti-estigma: o protesto, a educação e o contacto.

O protesto é uma estratégia reactiva que procura diminuir / suprimir as atitudes negativas e estigmatizantes acerca da doença mental através do apelo à indignação moral. A educação visa substituir os mitos da doença mental por informações precisas acerca das perturbações, dos direitos afectivos e civis das pessoas com experiência de doença mental através de sessões didácticas e diálogos abertos, promovidos por fontes comunitárias de confiança para que o público possa tomar decisões informadas sobre esta matéria (Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone, & Maj, 2004). O contacto entre pessoas com experiência de doença mental, que são capazes de manter os seus empregos e que vivem integradas na comunidade, e os outros membros do público desafia as suas atitudes e preconceitos. Angermeyer e Matschinger (2004)

realçam a importância de se facilitar este contacto, porque aqueles que estão familiarizados com a doença mental dificilmente acreditarão na perigosidade e imprevisibilidade das pessoas.

Os diversos estudos realizados apontam para uma maior eficácia da educação e do contacto na redução de atitudes negativas, ao contrário do protesto (Corrigan et al., 2001b; Tsang, Tam, Chan, & Cheung, 2003). Foi amplamente demonstrada a importância de *wokshops* educativos dirigidos a diferentes sub-grupos identificados no decurso das investigações (homens, particularmente entre os 30-50 anos, de diferentes grupos sócio-demográficos e sócio-económicos) acerca das pessoas com problemas de saúde mental. Estas iniciativas levam à mudança de atitudes, à diminuição de preconceitos, a menos comportamentos discriminatórios, a uma menor distância social (Angermeyer & Matschinger, 2004; Buizza et al., 2005; Corrigan, et al., 2001a; Crisp et al., 2000; Gureje et al., 2005; Hamilton et al., 2006; Pinfold et al., 2003; Tanaka et al., 2003; Wolff et al., 1996b).

De acordo com Corrigan e seus colaboradores (2002), os grupos que promovem programas educativos para mudar o estigma da doença mental devem ter como parceiros pessoas com doença mental que queiram contar a sua história. Para estes autores, as pessoas com doença mental devem assumir um papel central em desafiar o estigma que lhes bloqueia o acesso a oportunidades como cidadãos.

O presente estudo acarreta algumas implicações práticas que poderão converter-se em ideias/tópicos de intervenção com o objectivo final de diminuir as atitudes estigmatizantes face às pessoas com doença mental.

Em primeiro lugar, deveríamos apostar na divulgação de informação científica sobre doença mental, sobretudo junto das camadas mais jovens da sociedade com o objectivo de se aumentarem os conhecimentos exactos e prevenir primariamente o estigma da doença mental.

Em segundo lugar, deveriam proporcionar-se momentos de supervisão e partilha entre profissionais de saúde mental no sentido de se identificarem estereótipos e atitudes negativas que enviesam as práticas clínicas.

Finalmente, os efeitos da desinstitucionalização são cada vez mais evidentes nas diferentes comunidades. Parece-nos que será benéfico promover momentos de contacto para facilitar e efectivar a integração plena das pessoas com experiência de doença mental na realidade comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addison, S. J., & Thorpe, S. J. (2004). Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(3), 228-234.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilíbrios.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2004). The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1049-1061.
- Buizza, C., Pioli, R., Ponteri, M., Vittorelli, M., Corradi, A., Minicuci, N., & Rossi, G. (2005). Community attitudes towards mental illness and socio-demographic characteristics: an Italian study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14(3), 154-162.
- Buizza, C., Schulze, B., Bertocchi, E., Rossi, G., Ghilardi, A., & Pioli, R. (2007). The stigma of schizophrenia from patients' and relatives' view: a pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(23), doi:10.1186/1745-0179-3-23.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001a). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 953-958.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001b) Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin R. K., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., & Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91-102.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293-309.

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439-457.
- Crisp, A., Gelder, M., Rix, S. Meltzer, H., & Rowlands, O. (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. M. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 2, pp. 504-553). New York: McGraw-Hill.
- Dahlberg, K. M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 8(8), 1-32.
- 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, 176-181.
- Fung, K., Tsang, H., Corrigan P., Lam, C., & Cheng, W.-M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 408-418.
- Goffman, E. (1990). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Books. (Obra original publicada em 1963).
- Gray, A. J.(2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72-76.
- Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 186, 436-441.
- Hamilton, L. A., Muktar, H. A., Lyons, P. D., May, R., Swanson Jr., C. L., Savage, R., & Go, R. C. P. (2006). African-American community attitudes and perceptions toward schizophrenia and medical research: an exploratory study. *Journal of the National Medical Association*, 98(1), 18-27.
- Jorge-Monteiro, F. & Madeira, T. (2007) Considerações sobre doença mental e comunicação social. *Análise Psicológica*, 1(25), 97-109.

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *33*, 77-83.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(Suppl. 429), 51-59.
- Levine, M., Perkins, D. D., & Perkins, D. V. (2005). Labelling theory: an alternative to the illness model. In M. Levine, D. D. Perkins & D. V. Perkins (Eds.), *Principles of community psychology: perspectives and applications* (3rd ed., pp. 197-220). New York: Oxford University Press.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C. & Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*, 323-331.
- Perese, E. F. (2007). Stigma, poverty, and victimization: roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *13*(5), 285-295.
- Pinfold, V., Byrne, P. & Toulmin, H. (2005). Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities. *International Journal of Social Psychiatry*, *51*(2), 128-138.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 342-346.
- Quinn, D. M., Kahng, S. K., & Crocker, J. (2004). Discreditable: stigma effects of revealing a mental illness history on test performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *30*(7), 803-815.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, *324*(7352), 1470-1471.
- Tanaka, G., Ogawa, T., Inadomi, H., Kikuchi, Y., & Ohta, Y. (2003). Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*, 595-602.

- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Tsang, H. W. H., Tam, P. K. C., Chan, F., & Cheung, W. M. (2003). Stigmatizing attitudes towards individuals with mental illness in Hong Kong: implications for their recovery. *Journal of Community Psychology*, 31(4), 383-396.
- Watson, A. C., & Corrigan, P. W. (2001). The impact of stigma on service access and participation. A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project, University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.
- Wolff, G. (2000). Atitudes dos meios de comunicação e do público. In J. Leff (Ed.), *Cuidados na Comunidade – ilusão ou realidade?* (pp. 47-64). Lisboa: Climepsi Editores.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996a). Community attitudes to mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 183-190.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996b). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 191-198.

Anexo 1: Escala de Atitudes da Comunidade Face ao Doente Mental
(Community Attitudes Toward the Mentally Ill - CAMI)

Sexo: M F

Idade: _____ anos

1. Uma das principais causas de doença mental é a ausência de auto-disciplina e força de vontade.
 Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente
2. Os doentes mentais são há muito objecto de ridicularização.
 Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente
3. Aos doentes mentais não deve ser atribuída qualquer responsabilidade.
 Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente
4. Os residentes deveriam aceitar a localização de serviços de saúde mental na sua área residencial para fazer face às necessidades da comunidade local.
 Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente
5. A melhor forma de lidar com os doentes mentais é mantê-los isolados.
 Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente
6. O Estado deveria despender mais dinheiro no cuidado e tratamento dos doentes mentais.
 Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente
7. Os doentes mentais deveriam ser isolados da restante comunidade.
 Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente
8. A melhor terapia para muitos doentes é fazer parte de uma comunidade normal.
 Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente
9. Existe algo nos doentes mentais que torna mais fácil distingui-los das pessoas normais.
 Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

10. Precisamos adoptar uma atitude muito mais tolerante relativamente aos doentes mentais da nossa sociedade.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

11. Uma mulher seria imbecil se casasse com um homem que já tivesse sofrido de doença mental, ainda que parecesse completamente recuperado.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

12. Os serviços de saúde mental deveriam ser proporcionados, sempre que possível, em estruturas providenciadas pela comunidade.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

13. Logo que uma pessoa mostre sinais de distúrbio mental, deve ser hospitalizada.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

14. Os nossos hospitais psiquiátricos parecem-se mais com prisões do que com locais onde os doentes mentais possam ser tratados.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

15. Não gostaria de ser vizinho(a) de alguém que já tivesse sido doente mental.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

16. A localização de serviços de saúde mental em áreas residenciais não constitui perigo para os residentes locais.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

17. Os doentes mentais carecem do mesmo tipo de controlo e disciplina que uma criança.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

18. Temos a obrigação de proporcionar os melhores cuidados possíveis aos doentes mentais.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

19. Qualquer pessoa com historial de problemas mentais deveria ser impedida de ocupar cargos políticos.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

20. Os residentes nada têm que temer das pessoas que vêm às suas áreas residenciais para obter serviços de saúde mental.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

21. A doença mental é uma doença como outra qualquer.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

22. Os doentes mentais não merecem a nossa pena.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

23. Aos doentes mentais não devem ser negados quaisquer direitos.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

24. Os serviços de saúde mental deveriam ser mantidos fora de áreas residenciais.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

25. Os doentes mentais não deveriam ser tratados como elementos à parte da sociedade.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

26. Os doentes mentais são um fardo para a nossa sociedade.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

27. Os doentes mentais devem ser encorajados a assumir responsabilidades da vida normal.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

28. Os residentes têm boas razões para se opor à localização de serviços de saúde mental nas suas áreas residenciais.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

29. A protecção do público em relação aos doentes mentais não deveria ter tanta importância.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

30. Aumentar o investimento nos serviços de saúde mental é um desperdício dos dinheiros públicos.

Concordo totalmente Concordo Não concordo nem discordo Discordo Discordo totalmente

31. Ninguém tem o direito de excluir os doentes mentais da sua área de residência.

Concordo totalmente Concordo Não concordo
nem discordo Discordo Discordo totalmente

32. Ter doentes mentais a viver em áreas residenciais pode constituir uma boa terapia para estes, mas os riscos para os residentes são demasiados.

Concordo totalmente Concordo Não concordo
nem discordo Discordo Discordo totalmente

33. Os hospitais psiquiátricos são meios desactualizados para o tratamento dos doentes mentais.

Concordo totalmente Concordo Não concordo
nem discordo Discordo Discordo totalmente

34. Há serviços suficientes para os doentes mentais.

Concordo totalmente Concordo Não concordo
nem discordo Discordo Discordo totalmente

35. Os doentes mentais constituem um perigo muito menor que aquele que a maioria das pessoas pensa.

Concordo totalmente Concordo Não concordo
nem discordo Discordo Discordo totalmente

36. É assustador pensar em pessoas com problemas mentais morando em áreas residenciais.

Concordo totalmente Concordo Não concordo
nem discordo Discordo Discordo totalmente

37. Qualquer pessoa pode vir a ser doente mental.

Concordo totalmente Concordo Não concordo
nem discordo Discordo Discordo totalmente

38. É preferível evitar pessoas com problemas mentais.

Concordo totalmente Concordo Não concordo
nem discordo Discordo Discordo totalmente

39. Pode-se confiar na maioria das mulheres, que já foram pacientes num hospital psiquiátrico, para cuidar de crianças.

Concordo totalmente Concordo Não concordo
nem discordo Discordo Discordo totalmente

40. A localização de serviços de saúde mental numa área residencial denigre essa mesma área.

Concordo totalmente Concordo Não concordo
nem discordo Discordo Discordo totalmente

Anexo 2: Dados Estatísticos (SPSS)

Média da variável IDADE na totalidade dos participantes					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IDADE	50	20	53	34,82	10,35
Valid N (listwise)	50				

Média da variável IDADE nos participantes do Sexo Masculino					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IDADE1	25	20	53	33,84	10,97
Valid N (listwise)	25				

Média da variável IDADE nos participantes do Sexo Feminino					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
IDADE2	25	20	50	35,80	9,83
Valid N (listwise)	25				

Análise item a item (SPSS)

Autoritarismo					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Item1	50	2	5	3,80	1,01
Item5	50	4	5	4,72	,45
Item9	50	1	5	2,76	,94
Item13	50	2	5	3,72	,83
Item17	50	1	5	2,88	,92
Item21	50	1	5	3,36	1,10
Item25	50	1	5	4,08	,90
Item29	50	1	5	2,86	1,07
Item33	50	1	5	3,12	,82
Item37	50	3	5	4,32	,51
Valid N (listwise)	50				

Benevolência					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Item2	50	1	5	3,68	1,00
Item6	50	3	5	4,38	,67
Item10	50	2	5	4,16	,68
Item14	50	2	5	3,58	,81
Item18	50	3	5	4,34	,52
Item22	50	1	5	2,90	1,28
Item26	50	2	5	4,18	,75
Item30	50	3	5	4,46	,54
Item34	50	2	5	3,96	,78
Item38	50	2	5	4,08	,60
Valid N (listwise)	50				

Restrição Social					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Item3	50	2	5	3,88	,69
Item7	50	4	5	4,66	,48
Item11	50	1	5	4,10	,76
Item15	50	2	5	4,08	,72
Item19	50	1	5	3,18	1,08
Item23	50	1	5	3,92	,97
Item27	50	2	5	4,06	,79
Item31	50	1	5	4,14	,86
Item35	50	1	5	3,88	,77
Item39	50	2	4	3,00	,73
Valid N (listwise)	50				

Ideologia Comunitária de Saúde Mental					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Item4	50	2	5	4,24	,59
Item8	50	3	5	4,44	,58
Item12	50	2	5	3,80	,86
Item16	50	2	5	3,98	,77
Item20	50	2	5	3,98	,65
Item24	50	2	5	4,10	,71
Item28	50	2	5	4,20	,73
Item32	50	2	5	3,82	,75
Item36	50	2	5	4,16	,62
Item40	50	2	5	4,06	,82
Valid N (listwise)	50				

Anexo 3:

REVISÃO DE LITERATURA

O ESTIGMA

O termo *estigma*, utilizado em todos os discursos desde a Antiguidade Clássica, adquiriu nos últimos anos uma importância inegável sobretudo nas ciências sociais. Para tal, contribuiu o sociólogo Erving Goffman (1922-1982) com o seu tratado sobre o tema: *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity* (1963, 1990).

Para Goffman (1990), o estigma refere-se a um determinado atributo profundamente desvalorizante que prejudica a reputação pessoal. O indivíduo estigmatizado deixa de ser visto na sua totalidade, pode tornar-se menos desejável e acolhido pelos outros por este pormenor que o distingue e que desvaloriza também a sua identidade social (Crawford & Brown, 2002; Crocker, Major & Steele, 1998; Jones et al., 1984, cit. por Quinn, Kahng & Crocker, 2004). No caso específico do estigma da doença mental, os outros terão tendência para interpretar o comportamento do indivíduo à luz da sua história de doença mental (Levine, Perkins & Perkins, 2005).

De acordo com a formulação original de Goffman (1990), o estigma pode ser “desacreditante” (quando é óbvio para os outros) e “desacreditável” (quando não é óbvio para os outros). Para Quinn e seus colaboradores (2004), os indivíduos que não conseguem esconder a sua identidade social estigmatizada têm de lidar com a desvalorização potencial por parte dos outros e correrão mais riscos de serem discriminados. As pessoas com estigmas que se podem ocultar, conseguem interagir com os outros sem que a sua identidade social estigmatizada influencie, à partida, a forma como são compreendidos (Crocker et al., 1998). A desvalorização pode ser evitada durante o tempo que a pessoa conseguir esconder com sucesso o estigma, implicando a gestão da informação e a monitorização constante das pistas que poderiam “desvendá-lo” (Gray, 2002; Quinn et al., 2004). No entanto, a pessoa pode também sentir-se desconfortável sabendo que o seu estatuto é suspeito e o seu desconforto pode espalhar-se, dando aos outros impressões que confirmam as suas suspeitas (Levine et al., 2005).

O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

A definição clássica de estigma apresentada por Goffman (1990) assenta em dois constructos: o *actor* e a *audiência*. No contexto do estigma da doença mental, o “actor” é alguém com problemas de saúde mental e a “audiência” é constituída pela restante sociedade, personificada nos vizinhos, nas entidades patronais, nas famílias, nos profissionais (Crawford & Brown, 2002).

Assim, estes “actores”, isto é, as pessoas com experiência de doença mental estão expostas a um duplo desafio. Por um lado, têm de lidar com os sintomas e o sofrimento que resultam da sua doença e que as impedem de atingir muitos dos seus objectivos de vida; por outro, são desvalorizadas pelos estereótipos que resultam de dados falaciosos acerca da doença mental, mantidos e reforçados pelas várias “audiências” (Corrigan, Markowitz, & Watson, 2004; Corrigan & Watson, 2002). Na sua essência, a estigmatização associa de forma errónea a doença mental a algo vergonhoso que, juntamente com a discriminação, constitui o maior obstáculo na qualidade de vida das pessoas com doença mental (Fung, Tsang, Corrigan, Lam, & Cheng, 2007; Sartorius, 2002).

Como vimos, o estigma psiquiátrico e a identidade de paciente envolve o sofrimento individual de desaprovação social, de perda de estatuto e de integração na comunidade, bem como a redução de oportunidades de vida a todos os níveis (Crawford & Brown, 2002; Levine et al., 2005). Várias investigações mostram que a discriminação está presente nas condições de habitação, na procura e oportunidades de emprego, na educação, na procura e no acesso a cuidados médicos, na adesão ao tratamento, na integração comunitária, nos objectivos de vida alcançados (Buizza et al., 2005; Corrigan et al., 2000; Corrigan et al., 2001b; Corrigan & Watson, 2002; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Roelands, 2000; Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004; Fung et al., 2007; Hocking, 2003; Jorge-Monteiro & Madeira, 2007; Lauber, Nordt, Braunschweig & Rössler, 2006; Levine et al., 2005; Perese, 2007; Watson & Corrigan, 2001).

De acordo com Watson e Corrigan (2001), os investigadores têm distinguido o estigma público do estigma internalizado. O estigma público é a forma como o público em geral reage a um grupo, baseada no estigma desse mesmo grupo. O estigma internalizado (ou auto-estigma) são as reacções que os indivíduos assumem contra si próprios por pertencerem a determinado grupo estigmatizado. É crucial conhecer e compreender, observar e medir os

componentes essenciais dos estigmas público e internalizado com o objectivo de se delinearem estratégias para os reduzir (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004).

Os estereótipos são estruturas de conhecimento eficazes que ajudam na compreensão de um grupo social e que caracterizam colectivamente de acordo com as qualidades do grupo ou dos indivíduos (Gray, 2002; Lauber et al., 2006). A investigação nesta área identificou quatro tipos de estereótipos negativos relacionados com a doença mental: as pessoas com experiência de doença mental são perigosas, violentas e imprevisíveis, incompetentes, possuem fraqueza de carácter e devem ser vistas e tratadas como crianças (Crisp et al., 2000; Gureje, Lasebikan, Ephraim-Oluwanuga, Olley & Kola, 2005; Stuart & Arboleda-Flórez, 2001; Struening et al., 2001; Watson & Corrigan, 2001; Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007). Este tipo de estereótipos tornam-se importantes porque as pessoas com experiência de doença mental restringem as suas redes e oportunidades sociais, antecipando a rejeição devida ao estigma que conduz ao isolamento, desemprego e à falta de vontade para procurar ajuda (Watson et al., 2007).

Perante estes juízos prévios negativos geram-se expectativas correspondentes acerca das pessoas que constituem este grupo estereotipado, dando origem ao preconceito (Lauber et al., 2006) que por sua vez conduz a uma reacção emocional, como por exemplo, a raiva ou o medo (Watson & Corrigan, 2001).

A discriminação é, então, a consequência ou a resposta emocional comportamental do preconceito (Crocker et al., 1998; Lauber et al., 2006) e no caso do estigma público da doença mental existem quatro tipos de resposta: a supressão de ajuda, o evitamento, a segregação (afastamento da comunidade para instituições) e a coerção (tratamento compulsivo).

O modelo do estigma internalizado, apresentado por Watson e seus colegas (2007), reflecte um processo com três momentos. Inicialmente, assiste-se a uma concordância com o estereótipo público generalizado (por exemplo, as pessoas com doença mental são fracas), o que, juntamente com a discriminação, dificulta a procura de ajuda e o *recovery* (Dahlberg, Waern & Runeson, 2008; Fung et al., 2007; Perese, 2007; Pinfold, Byrne & Toulmin, 2005; Sartorius, 2002). A auto-estigmatização acontece quando o indivíduo aplica a si próprio as crenças culturalmente internalizadas (sou fraco porque sou doente mental). Finalmente, isto acarreta uma diminuição da auto-estima e auto-eficácia.

Este modelo de estigma internalizado é amplamente suportado pela evidência científica. Dinos e os seus colegas (2004), concluíram que as pessoas com algum tipo de perturbação manifestam sentimentos e experiências de estigma e são afectadas por isso. Num outro estudo, Buizza e seus colaboradores (2007) identificaram os elementos constituintes do estigma da perspectiva daqueles que têm esta experiência em primeira-mão, pelas suas próprias palavras. Os tópicos mais frequentes (acesso a papéis sociais, internalização do estigma, qualidade dos serviços de saúde mental e imagem pública da doença mental) dizem respeito à experiência de marginalização e discriminação vividas pelas pessoas com experiência de doença mental. Outros investigadores apontam para a diminuição das expectativas pessoais de realização de tarefas e de desempenho intelectual (Fung et al., 2007; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001; Quinn et al., 2002). Os participantes do estudo conduzido por Pinfold (2005) definiram a experiência de estigma numa tríade: credibilidade diminuída, *dis-empowerment* e afastamento por parte das redes sociais. Para estes utilizadores de serviços de saúde mental, o estigma deve ser enfrentado em diferentes níveis reflectindo o impacto variado e complexo que as reacções sociais negativas têm na vida do indivíduo, começando pelos próprios serviços e profissionais.

O ESTIGMA IATROGÉNICO DA DOENÇA MENTAL

No panorama do estigma da doença mental torna-se fundamental considerar também o papel que os profissionais de saúde mental desempenham na promoção e no combate ao estigma. Daí a pertinência manifestada por alguns autores (Lauber et al., 2006; Nordt, Rössler, & Lauber, 2006) de se investigarem as atitudes dos profissionais face às pessoas com doença mental, uma vez que são eles que contactam directa e regularmente com as pessoas com doença mental e ocupam lugares importantes no seu tratamento e reabilitação.

Para Sartorius (2002), a fonte mais óbvia de estigmatização está relacionada com o uso descuidados dos rótulos diagnósticos. Este autor reconhece a utilidade prática dos diagnósticos em sintetizar a informação técnica acerca de determinada doença e facilitar a comunicação entre profissionais. No entanto, esta utilidade perde-se na comunicação com outros profissionais e os diagnósticos podem tornar-se perniciosos quando usados por não-profissionais, não familiarizados com as definições originais dos termos.

Deste modo, os profissionais de saúde são frequentemente fonte de estigmatização. Apesar de ser expectável que os profissionais apresentem mais conhecimento acerca das perturbações mentais, os estereótipos, as atitudes estigmatizantes, os efeitos extra-piramidais da medicação tornam-se matérias controversas quando se procura analisar as práticas dirigidas às pessoas com doença mental (Nordt et al., 2006; Sartorius, 2002).

Dos vários estudos analisados, os diferentes autores procuraram comparar as atitudes de profissionais (clínicos gerais, psiquiatras, psicólogos clínicos) com as do público em geral. Os resultados obtidos reflectem a diversidade de opiniões. Nalguns casos, os profissionais apresentam atitudes mais negativas que o público em relação às pessoas com doença mental (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, & Henderson, 1999; Nordt et al., 2006): avaliam mais negativamente os efeitos a longo prazo das perturbações e acreditam na elevada probabilidade de ocorrer discriminação.

Noutros estudos, os profissionais têm posturas mais favoráveis relativamente à localização de estruturas de cuidados comunitários, realçando a sobrevalorização falaciosa do risco de perigosidade, os frequentes erros de diagnóstico e o uso excessivo de medicação anti-psicótica (Kingdon et al., 2004; Lauber, Anthony, Adjacic-Gross, & Rössler, 2004).

Por vezes as opiniões são semelhantes entre profissionais e público (Gray, 2002), quer negativas, quer positivas. Os participantes acreditam que as descrições negativas são mais caracterizadoras das pessoas com doença mental e agem em conformidade a partir do momento em que sabem que a pessoa tem uma perturbação deste género (Lauber et al., 2006; Sartorius, 2002).

Os profissionais vêem a sua profissão como o tratamento mais benéfico para este tipo de perturbações; no entanto, o reconhecimento correcto de perturbações mentais por parte dos profissionais nem sempre acontece: alguns profissionais são capazes de recomendar ajuda técnica para um caso descrito sem sintomas psiquiátricos (Lauber, Nordt & Rössler, 2005; Nordt et al., 2006).

Finalmente, em Itália, examinaram-se as crenças relativas às causas, tratamentos e consequências psicossociais da doença mental (Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone, & Maj, 2004). As semelhanças surgem entre 20% dos profissionais e 34% do público que acreditam que a esquizofrenia é causada exclusivamente por factores psicossociais, contrastando com 68% dos familiares que acreditam nessa mesma origem.

Apesar de contactarem frequentemente com pessoas com doença mental e dos seus pontos de vista poderem estar enviesados pela gravidade e recorrência de algumas situações, os profissionais devem ter consciência de que continuam a revelar estereótipos negativos e não mostram maior vontade de interações sociais com pessoas com doença mental (Jorm et al., 1999; Lauber et al., 2004; Nordt et al., 2006). Por isso, devem analisar os seus comportamentos e atitudes, não permitir que um prognóstico adverso comprometa o seu desempenho profissional, melhorar o seu conhecimento através de educação profissional e prática clínica supervisionada (Corrigan & Watson, 2002; Crawford & Brown, 2002; Hocking, 2002; Jorm et al., 1999; Kingdon et al., 2004; Lauber et al., 2004; Lauber et al., 2005; Lauber et al., 2006; Mukherjee, Fialho, Checinski, & Surgenor, 2002; Nordt et al., 2006; Sartorius, 2002; Schulze, 2007).

Para Sartorius (2002), os profissionais não estão suficientemente envolvidos no combate ao estigma e à discriminação relacionados com a doença mental. Ademais, a aposta nos psiquiatras para modelos e líderes de opinião nas campanhas anti-estigma deve ser cuidada e acompanhada por outras acções uma vez que, como vimos, frequentemente as suas atitudes não diferem das da população geral (Lauber et al., 2004).

ATITUDES DA COMUNIDADE FACE À DOENÇA MENTAL

A tolerância e a aceitação públicas, bem como a não-discriminação das pessoas com experiência de doença mental são factores-chave para a sua integração comunitária plena. Alguns estudos de investigação sobre as atitudes da comunidade face à doença mental têm procurado identificar variáveis socio-demográficas que a elas se associam e as influenciam.

Ao construir e testar um novo instrumento que medisse as atitudes da comunidade face às pessoas com doença mental, Taylor e Dear (1981) concluíram que os efeitos das características demográficas eram estatisticamente significativos e consistentes na sua direcção. Assim, os participantes do sexo masculino, mais velhos, solteiros, separados ou divorciados, com filhos menores, mostraram-se os mais autoritários e socialmente restritivos e os menos benevolentes e orientados para a perspectiva comunitária de saúde mental.

Wolff, Pathare, Craig e Leff (1996a) tentaram apurar quais os factores atitudinais da sua amostra relativamente à abertura de uma estrutura habitacional para pessoas com doença mental no seu bairro. Pela análise factorial, conseguiram identificar três componentes das

atitudes expressas e seus determinantes: 1) o medo e a exclusão foram determinados pelo facto dos participantes terem filhos; 2) o controlo social está associado à classe social, à origem étnica, à idade, à experiência prévia de doença mental e ter filhos; e 3) a boa vontade é unicamente determinada pelo nível de habilitações literárias.

Buizza e seus colaboradores (2005) seleccionaram três factores atitudinais e respectivos indicadores socio-demográficos: 1) a distância física e o medo estão associados a indivíduos do sexo masculino, com mais de 61 anos, divorciados/separados ou viúvos, que não participam em quaisquer actividades sociais ou de voluntariado; 2) a distância social e o isolamento associam-se a indivíduos com idade superior a 41 anos, com mais de 4 anos de escolaridade e que estão desempregados; 3) a responsabilidade social e a tolerância não apresentaram associação significativa com nenhuma variável socio-demográfica.

Corrigan e Watson (2007) concluíram que os participantes do seu estudo que revelaram menos atitudes estigmatizadoras foram as mulheres, caucasianas e com maiores habilitações literárias.

Por vezes, as atitudes negativas parecem estar associadas à falta de conhecimento. Num estudo posterior, Wolff, Pathare, Craig e Leff (1996b) testaram esta hipótese e concluíram que, apesar de 80% dos participantes conhecerem alguém com experiência de doença mental, poucos eram os que apresentavam conhecimentos exactos sobre doença mental. Ademais, os participantes que expressaram mais atitudes de controlo social eram aqueles que também apresentavam menores conhecimentos acerca da doença mental.

Gureje e seus colaboradores (2005) na sua vasta amostra nigeriana, concluíram também que o falta de conhecimentos acerca das perturbações mentais é comum entre os participantes. Entre eles prevalecem atitudes e pontos de vista negativos com noções de causalidade, atribuindo às pessoas a responsabilidade pela sua doença, e com medo. Hamilton e seus colaboradores (2006) concluíram que os participantes atribuem diversas causas para a doença mental e a maioria delas influenciadas por crenças culturais.

Noutros estudos, os participantes que mostraram mais conhecimentos (tratamento, intervenções e prognóstico das perturbações mentais) ou com experiência de doença mental são os que estigmatizam menos (Corrigan et al., 2001a; Crisp et al., 2000; Dahlberg et al., 2008). Estas pessoas não acreditam na perigosidade, não discriminam tanto e não evitam as pessoas com doença mental.

A maioria dos estudos aponta para a importância de se promoverem intervenções junto da comunidade em geral para melhorar as atitudes expressas, e de grupos específicos realçados pelos resultados dos estudos empíricos com o objectivo de corrigir e eliminar preconceitos existentes e preencher as lacunas do conhecimento com dados exactos e científicos (Buizza et al., 2005; Corrigan & Watson, 2007; Crisp et al., 2000; Wolff et al., 1996a). As intervenções devem apostar na divulgação de informações precisas acerca da doença mental, dos direitos afectivos e civis das pessoas com experiência de doença mental, através de fontes comunitárias de confiança e no diálogo aberto para desmontar mitos (Gureje et al., 2005; Magliano et al., 2004).

ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR O ESTIGMA

A natureza negativa e persistente do estigma da doença mental tem conduzido ao longo dos anos à implementação de campanhas que desafiam os estereótipos e as reacções discriminatórias que potenciam as dificuldades sociais sentidas pelas pessoas com experiência de doença mental (Pinfold et al., 2003).

As estratégias para diminuir o impacto do estigma dividem-se em dois grupos consoante se dirijam ao estigma público ou ao estigma internalizado (Watson & Corrigan, 2001).

As diferentes abordagens ao estigma público foram agrupadas em três processos de mudança: o protesto, a educação e o contacto. As estratégias de protesto são reactivas e destacam a injustiça de representações inexactas e hostis da doença mental, conduzindo a um apelo moral com o objectivo de acabar com o estigma. De entre as linhas de protesto disponíveis destacam-se as campanhas escritas (envio de cartas para o meios de comunicação social), telefonemas (abordagem do problema e apresentação de soluções), denúncia pública (de práticas estigmatizantes junto dos meios divulgadores de informação), marchas e boicotes (Watson & Corrigan, 2001).

Ao contrário das estratégias de protesto, a educação e o contacto conduzem a mais melhorias significativas nas atitudes do público face à doença mental: programas educativos e *workshops* relativamente curtos conduzem a uma melhoria das atitudes expressas. Watson e seus colaboradores (2004) procuraram saber qual o impacto de uma intervenção educativa sobre doença mental no conhecimento e na melhoria das atitudes de alunos do ensino básico. Os resultados mostraram que, apesar desta amostra não apresentar muitas atitudes negativas

acerca da doença mental, a formação produziu melhorias no conhecimento e nas próprias atitudes no momento de pós-teste.

De igual modo, Pinfold e seus colaboradores (2003) avaliaram a eficácia de uma intervenção educativa (dois *workshops*) levada a cabo numa amostra de 472 estudantes do ensino secundário. O primeiro facto revelado foi a utilização, por parte da amostra, de um vocabulário extenso (270 palavras e frases) para descrever as pessoas com doença mental; no entanto, a maioria são termos depreciativos. As atitudes positivas foram aumentando ao longo da formação, especialmente junto das participantes.

Este tipo de programas ajudam as pessoas a identificarem estereótipos inexactos sobre a doença mental e substituírem-nos por informação factual e correcta: recorre-se muitas vezes à apresentação de mitos que contrastam com factos reais para tentar reduzir o retrato ofensivo dos estereótipos veiculados (Angermeyer et al., 2003; Hocking, 2003; Pinfold et al., 2003; Taylor & Dear, 1981; Watson & Corrigan, 2001; Watson et al., 2004; Wolff et al., 1996a).

Tal como já referimos, o contacto e a familiaridade com pessoas com doença mental também melhora significativamente as atitudes. A investigação demonstra que os elementos do público que conhecem pessoas com doença mental tendem a manifestar menos atitudes prejudiciais (Corrigan & Penn, 1999 cit. por Watson & Corrigan, 2001).

Corrigan e seus colaboradores (2001a) examinaram os efeitos da familiaridade e da distância social relativos às pessoas com doença mental nas atitudes de 208 estudantes universitários. Os autores encontraram relações particularmente fortes entre a percepção de perigosidade e o medo, bem como entre o medo e a distância social e concluíram que as abordagens promotoras de mudança social devem apostar num aumento do contacto entre o público e as pessoas com experiência de doença mental para diminuir o estigma. Ademais, os membros do público que tiveram contacto com uma pessoa com experiência de doença mental durante um programa anti-estigma demonstram mudanças significativas nas suas atitudes sobre a doença mental, que tendem a manter-se ao longo do tempo e a transformar o próprio comportamento (Corrigan et al., 2001a; Corrigan et al., 2002).

Em relação ao estigma internalizado, Watson e seus colaboradores (2007) recordam-nos que este não constitui uma situação inevitável. O estigma internalizado e o *empowerment* são os pólos negativo e positivo, respectivamente, de um mesmo *continuum*. No primeiro extremo, encontram-se as pessoas que não conseguem ultrapassar as expectativas e os estereótipos

negativos acerca da doença mental. Isto impede-as de recorrer ao tratamento de saúde mental necessário porque acreditam que não lhes trará quaisquer benefícios (Watson & Corrigan, 2001). No outro extremo, encontram-se as pessoas com experiência de doença mental, que não se deixam influenciar pelo estigma público. O *empowerment* pessoal é a forma afirmativa como os indivíduos se vêem e interagem com a comunidade (Watson & Corrigan, 2001). Estas pessoas procuram e têm acesso a informação baseada na evidência o que leva a uma melhoria na sua auto-estima, acreditam que podem ser eficazes nas suas vidas e são otimistas em relação ao futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angermeyer, M. C., Heiß, S., Kirschenhofer, S., Ladinsler, E., Löffler, W., Schulze, B., & Swiridoff, M. (2003). The German version of the Community Attitudes toward the Mentally Ill (CAMI) inventory. *Psychiatric Praxis*, *30*, 202-206.
- Buizza, C., Pioli, R., Ponteri, M., Vittorelli, M., Corradi, A., Minicuci, N., & Rossi, G. (2005). Community attitudes towards mental illness and socio-demographic characteristics: an Italian study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *14*(3), 154-162.
- Buizza, C., Schulze, B., Bertocchi, E., Rossi, G., Ghilardi, A., & Pioli, R. (2007). The stigma of schizophrenia from patients' and relatives' view: a pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, *3*(23), doi:10.1186/1745-0179-3-23.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001a). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, *52*, 953-958.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 481-491.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001b) Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, *27*, 187-195.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin R. K., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C., & Kubiak, M. A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, *28*(1), 91-102.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., & Kubiak, M. A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, *28*(2), 293-309.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, *43*(5), 439-457.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, *1*(1), 16-20.

- Crawford, P., & Brown, B. (2002). Like a friend going round: reducing the stigma attached to mental health care in rural communities. *Health and Social Care in the Community*, 10(4), 229-238.
- Crisp, A., Gelder, M., Rix, S. Meltzer, H., & Rowlands, O. (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. M. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 2, pp. 504-553). New York: McGraw-Hill.
- Dahlberg, K. M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 8(8), 1-32.
- 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, 176-181.
- Fung, K., Tsang, H., Corrigan P., Lam, C., & Cheng, W.-M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 408-418.
- Goffman, E. (1990). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Books. (Obra original publicada em 1963).
- Gray, A. J.(2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72-76.
- Gureje, O., Lasebikan, V. O., Ephraim-Oluwanuga, O., Olley, B. O., & Kola, L. (2005). Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 186, 436-441.
- Hamilton, L. A., Muktar, H. A., Lyons, P. D., May, R., Swanson Jr., C. L., Savage, R., & Go, R. C. P. (2006). African-American community attitudes and perceptions toward schizophrenia and medical research: an exploratory study. *Journal of the National Medical Association*, 98(1), 18-27.
- Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination – everybody's business. *The Medical Journal of Australia*, 178, S47-S48.
- Jorge-Monteiro, F. & Madeira, T. (2007) Considerações sobre doença mental e comunicação social. *Análise Psicológica*, 1(25), 97-109.

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *33*, 77-83.
- Kingdon, D., Sharma, T., Hart, D. & The Schizophrenia Subgroup of The Royal College of Psychiatrists' Changing Minds Campaign (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, *28*, 401-406.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, *19*, 423-427.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(Suppl. 429), 51-59.
- Lauber, C., Nordt, C., & Rössler, W. (2005). Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 835-843.
- Levine, M., Perkins, D. D., & Perkins, D. V. (2005). Labelling theory: an alternative to the illness model. In M. Levine, D. D. Perkins & D. V. Perkins (Eds.), *Principles of community psychology: perspectives and applications* (3rd ed., pp. 197-220). New York: Oxford University Press.
- Link, B., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, *52*, 1621-1626.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *30*(3), 511-541.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C. & Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*, 323-331.
- Mukherjee, R., Fialho, A., Checinski, K., & Surgenor, T. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*, *26*, 178-181.

- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714.
- Perese, E. F. (2007). Stigma, poverty, and victimization: roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(5), 285-295.
- Pinfold, V., Byrne, P. & Toulmin, H. (2005). Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2), 128-138.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182, 342-346.
- Quinn, D. M., Kahng, S. K., & Crocker, J. (2004). Discreditable: stigma effects of revealing a mental illness history on test performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(7), 803-815.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 324(7352), 1470-1471.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Struening, E., Perlick, D., Link, B., Hellman, F., Herman, D., & Sirey, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services*, 52(12), 1633-1638.
- Stuart, H., & Arboleda-Florez, J. (2001). A public perspective on violent offences among persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 52(5), 654-659.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Watson, A. C., & Corrigan, P. W. (2001). The impact of stigma on service access and participation. A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project, University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.

- Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. A., Corrigan, P. W., & Fenton, W. S. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 563-572.
- Wolff, G. (2000). Atitudes dos meios de comunicação e do público. In J. Leff (Ed.), *Cuidados na Comunidade – ilusão ou realidade?* (pp. 47-64). Lisboa: Climepsi Editores.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996a). Community attitudes to mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 183-190.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., & Leff, J. (1996b). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 191-198.