



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

ATITUDES E
CRENÇAS RELIGIOSAS
FACE À DOENÇA MENTAL

Artigo Empírico

CÁTIA SANCHES

Orientador de Dissertação:

Prof^ª Doutora Ana Rosa Tapadinhas

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof^ª Doutora Ana Rosa Tapadinhas

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

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Prof^ª Doutora Ana Rosa Tapadinhas,
apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade
de Psicologia Clínica

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos à Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas pela orientação, suporte, disponibilidade e ensino.

Agradeço aos colegas e amigos que me ajudaram a recolher a amostra para este estudo, e aos participantes que se mostraram disponíveis e curiosos acerca desta temática.

Um especial agradecimento aos meus pais e irmã que sempre me apoiaram e acreditaram em mim. Apesar das dificuldades inerentes aos anos de estudo e trabalho, foram incansáveis.

Obrigada aos meus colegas Ispianos, Filipa Santos, Tiago Guedes, Iolanda Ribeiro, Daniela Martinho, Liliana Silva e em particular à Elina dos Santos, por ser muito mais que uma colega, uma amiga e companheira de 5 anos de trabalho.

À minha incansável amiga e colega de casa Joana Martins, um obrigada pelo suporte emocional prestado em momentos menos bons, pela força que sempre me deu quando a motivação era pouca, pelas risadas, pela presença constante, e acima de tudo pela aprendizagem.

Aos meus amigos Ana Guerreiro, Cláudia Coelho, Gustavo Santos, Tiago Santos, André Bravo, um grande obrigada, pela paciência, apoio e dedicação.

Ao meu namorado, Tiago Guerreiro, obrigada pela força e motivação que me proporcionou nestes últimos tempos.

RESUMO

A religião pode ser uma poderosa força de motivação social, contudo, existe uma negligência das crenças religiosas na pesquisa da saúde mental. Estas são importantes para muitas pessoas e moldam a maneira como entendem o mundo, podendo também afectar comportamentos perante os outros. É sabido que as pessoas com doença mental sofrem de estigmatização, associado às várias crenças que predominaram ao longo dos anos. Assim, este estudo tem como objectivo avaliar atitudes e crenças religiosas em sujeitos portugueses face à doença mental. É um estudo descritivo-correlacional, realizado com uma amostra de 142 indivíduos. Os instrumentos de recolha de dados foram: um questionário Sócio-demográfico; a escala *Opinions About Mental Illness*; e a escala *Religious Beliefs about Mental Illness*. Os resultados mostraram que as pessoas que associam a doença mental a factores religiosos apresentaram atitudes mais positivas face a estes doentes. Os homens atribuíram mais a doença mental e a sua cura à espiritualidade, e as mulheres apresentaram atitudes mais negativas. Já as pessoas mais velhas mostraram ter a crença de que a doença mental se deve a questões relacionadas com a imoralidade, e as mais novas apresentaram atitudes mais negativas. Aqueles que conheciam pessoas com doença mental apresentaram valores mais baixos na escala de crenças religiosas, mas apresentaram atitudes mais negativas, como o autoritarismo. Apesar de toda a informação disponível, ainda existem crenças religiosas associadas a estas doenças, o que poderá levar a atitudes mais negativas para com as estas pessoas.

Palavras-chave: crenças religiosas; doença mental; atitudes

ABSTRACT

Religious beliefs are important to many people and shape their point of view of how they see the world, affecting their behaviors. Religion can be a powerful force of social motivation, yet there is a default of religious beliefs in research on mental health. It is known that people who have mental disease suffer from stigmatization, linked to different beliefs that predominate over the years. Therefore, this study aims to evaluate attitudes and religious beliefs toward the mentally ill and mental illness. It's a descriptive-correlational study, with a sample of 142 individuals. The instruments of data collection were: a socio-demographic questionnaire; Opinions about Mental Illness Scale; and Religious Beliefs about Mental Illness Scale. The results show that people who associate mental illness to religious beliefs, present more positive attitudes towards these patients. Men are more likely to attribute mental illness to spiritual causes and women present more negative attitudes. Older people believe that mental illness is a consequence of sin, and younger people show more negative attitudes to this subject. People who knew someone with mental illness presented lower results in the religious beliefs scale, and showed more negative attitudes, as the authoritarianism. So, despite all of the information available, there are still religious beliefs associated with these diseases that may lead to more negative attitudes towards people who suffer from them.

Keywords: Religious Beliefs; Mental Illness; Attitudes

ÍNDICE

Introdução.....	1
Metodologia	
Participantes.....	4
Caracterização da amostra.....	4
Material.....	5
Tipo de estudo.....	7
Procedimentos.....	7
Resultados.....	8
Discussão.....	13
Conclusão.....	16
Referências	
Anexo A – Artigo Teórico	
Anexo B – Consentimento informado e instrumentos de recolha de dados	
Anexo C – Validade de conteúdo da Escala Crenças Religiosas sobre a Doença Mental	
Anexo D – Consistência Interna da Escala Crenças Religiosas acerca da Doença Mental	
Anexo E – Consistência Interna da Escala Opiniões sobre a Doença Mental	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Coeficientes de correlação entre as crenças e as atitudes.....	9
Quadro 2: Crenças religiosas – significância das diferenças.....	10
Quadro 3: Atitudes face à doença mental – significância das diferenças.....	11

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Disposição das patologias mentais.....	5
--	---

INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2000) são vários os aspectos das doenças psiquiátricas que levam à definição de doença mental, onde são incluídos: os padrões de comportamento com significado clínico que levam ao *distress*; a incapacidade (comprometimento numa função da vida); ou uma potencial perda de liberdade (Corrigan, 2005). A doença mental, a loucura, a insanidade têm sido um problema para as sociedades em diferentes épocas históricas, uma vez que se traduz num número de acontecimentos que ocorrem na mente do sujeito, manifestado através de alterações do comportamento, na relação que estabelece com os outros e consigo próprio. Também a pessoa próxima que lida com o doente mental sofre alterações que desencadeiam sentimentos, juízes e atitudes. Estes comportamentos levam a um processo chamado estigmatização (Marques, 2003).

Erving Goffman definiu grupos estigmatizados como aqueles que carregam uma marca ou uma condição que lhes provoca desvalorização e marginalização pela maioria da sociedade (Wesselman & Graziano, 2010). As pessoas inferem a doença mental através de 4 sinais: sintomas psiquiátricos, défices nas capacidades sociais, aparência física e rótulos. Muitos sintomas de várias doenças mentais, tais como emoções inapropriadas, comportamentos bizarros, irregularidades linguísticas, e o falarem em voz alta com eles próprios, são indicadores de doença mental que assustam o público, produzindo reacções estigmatizadas. Também as fracas capacidades de socialização, défices no contacto ocular, a linguagem corporal e a escolha de tópicos de discussão levam a reacções estigmatizantes. A aparência pessoal, em particular a atractividade física e a higiene pessoal podem ser indicadores manifestos de doença mental levando a respostas estereotipadas pela comunidade (Corrigan, 2005). As respostas comuns da sociedade ao rótulo “doença mental” incluem medo e repugnância, levando as pessoas a minimizarem o contacto e a distanciarem-se socialmente de qualquer pessoa que apresente comportamentos indesejados. Quando o rótulo é aplicado, a pessoa com doença mental é exposta a reacções adversas (como o preconceito e a discriminação) por parte dos outros (Goffman, 1961, cit em Corrigan, 2005).

Num estudo realizado por Nunnally (1981 cit em Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999), os participantes tipificaram o homem doente mental como perigoso, sujo, imprevisível e sem valor. As concepções da doença mental têm consequências na procura de ajuda, no estereótipo, e no tipo de estrutura dos tratamentos que se criam para estas pessoas (Link et al., 1999).

Pouco se sabe sobre a ligação entre o preconceito e a religião, em relação aos doentes mentais e são poucos os estudos que focam as diferentes crenças religiosas (e preconceitos) sobre a doença mental. A definição de religião envolve crenças, práticas e rituais relacionados com o sagrado. O sagrado é definido por Koenig (2009) como algo que está associado ao místico, sobrenatural, ou a Deus. Pode também envolver crenças sobre espíritos, anjos ou demónios.

As religiões normalmente têm crenças específicas sobre a vida depois da morte e regras sobre a conduta que guia a vida dentro de um grupo social. É frequentemente organizada e praticada dentro da comunidade, mas pode também ser praticada em privado. Tem as suas raízes no estabelecimento de tradições com um grupo de pessoas com crenças e práticas comuns (Koenig, 2009), no entanto, se a pessoa possui crenças religiosas mas não as considera importantes na sua vida, é provável que estas não influenciem os seus comportamentos e emoções (Macavei & Miclea, 2008).

No início do século XX, o interesse da psicologia na religião e doença mental despoletou devido ao ponto de vista de Freud sobre a religião como intrinsecamente neurótica. Freud descreveu a religião e os seus rituais como uma neurose colectiva, sugerindo que a pessoa poderia ser poupada ao esforço de formar uma neurose individual. Num dos seus trabalhos, Freud (1907/1924 cit em Loewenthal & Lewis, 2011) realçou as similaridades entre os rituais religiosos e os rituais obsessivos. O autor argumentou que a culpa era criada quando os rituais não eram feitos, e amenizada quando realizados, sendo um ritual auto-perpetuado. O ponto de vista de Freud fomentou reacções furiosas junto das instituições religiosas, levando, em alguns círculos, ao despedimento de psicoterapeutas acusados de fraudes ateístas; contudo, houve um contra-movimento paralelo. Dentro da teoria e prática psicodinâmica, e nas áreas das ciências sociais e psiquiátricas, existiram várias tentativas para explorar a religiosidade e espiritualidade e as suas implicações na saúde mental (Loewenthal & Lewis, 2011).

A maioria das religiões da nossa sociedade pregam amor e aceitação dos outros. Tanto um como outro devem ser incondicionais, sem distinções de raça, credo ou cor. Mas apesar desta mensagem universal de tolerância, vários estudos mostram que o envolvimento religioso está positivamente correlacionado com o preconceito racial (e.g. Allport & Kramer, 1946; Rosenblith, 1949 cit em Batson, Flink, Schoenrade, Fultz & Pynch, 1986). Os cientistas sociais encontraram de forma consistente que as pessoas que são mais religiosas tendem também a ser mais intolerantes. Gordon Allport (cit em Herek, 1987) propôs uma resolução para este aparente paradoxo ao sugerir que existem duas maneiras de ser religioso. Algumas pessoas têm uma orientação religiosa que é primariamente extrínseca, uma abordagem egoísta

e instrumental em conformidade com as convenções sociais. Outros, em contraste, têm uma orientação religiosa intrínseca, sendo que a religião lhes fornece uma estrutura de significados em que toda a vida é percebida com base neles. Os autores reportaram que uma orientação extrínseca tende a ser associada positivamente com o preconceito, enquanto uma orientação intrínseca tende a ser negativamente correlacionada (Herek, 1987). Em 1978, Batson et al. (Batson, Flink, Schoenrade, Fultz & Pych, 1986) recomendaram o uso de um modelo tridimensional sobre a orientação religiosa mais compreensivo, que incluía os dois factores conceptualizados por Allport, e um terceiro chamado religião como uma procura, ou seja, a procura de respostas para questões existenciais, que está associado a uma grande tolerância e sensibilidade às necessidades dos outros (Altemeyer & Hunsberger, 1992).

Gass (1984) postulou que os Cristãos possuem um distinto conjunto de crenças e preferências relacionadas ao processo de psicoterapia, e conceptualizam e definem a saúde mental de uma forma particular (cit em Hartog & Gow, 2005). Wesselmann e Graziano (2010) basearam-se em alguns estudos clínicos e observações pessoais para examinar alguns tipos de crenças religiosas: possessão demoníaca, uma vez que muitos clínicos sugerem que esta pode ser uma atribuição que os indivíduos religiosos fazem à doença mental; estilo-de-vida pecaminoso/punição divina, pois alguns trabalhos sugerem que a doença mental pode ser vista como resultado de uma vida de pecado ou como um castigo divino; também as concepções das pessoas religiosas da oração ou da fé podem ter um efeito nos seus pontos-de-vista sobre doença mental, pois algumas pessoas podem acreditar que as pessoas que têm doença mental não confiam na sua fé por Deus, ou não rezam de forma eficaz para se curarem (Hill, 1975 cit em Wesselmann & Graziano, 2010); e atitudes acerca do tratamento, sendo que as pessoas mais prováveis de acreditar que a doença mental é o resultado de um pecado ou de uma fraqueza espiritual podem ser mais cépticas em relação ao tratamento com psicólogos ou psiquiatras, ou ao uso de medicamentos ou terapias que não são baseadas nas escrituras (Barlow & Bergin, 1998 cit em Wesselmann & Graziano, 2010).

Existe uma carência de estudos que avaliem crenças, atitudes e representações face à doença e aos doentes mentais e psiquiátricos, uma vez que têm sido construídas imagens distorcidas destes indivíduos (Wahl, 1995 cit em Loureiro, Dias & Aragão, 2008). As doenças mentais ainda hoje estão associadas a estereótipos negativos, que acarretam rejeição, preconceito, discriminação e exclusão social destes doentes (Loureiro et al., 2008).

Como foi descrito em cima, as pessoas religiosas têm formas particulares de perceber o mundo à sua volta, incluindo a doença mental, com base nas crenças e ensinamentos da sua religião. Uma análise realizada por Flannelly, Galek, Ellison & Koenig (2010) mostrou que

10% dos estudos em saúde mental e 5% dos estudos em saúde física mediam as crenças religiosas. A negligência destas crenças na pesquisa da saúde mental é surpreendente, uma vez que a psicoterapia cognitiva defendeu uma posição de que as crenças sobre o mundo estão subjacentes a muitas perturbações psiquiátricas.

Com base nessas evidências, considerou-se pertinente explorar a forma como a doença mental é vista por aqueles que são crentes na religião Cristã. Assim, esta investigação tem como objectivo avaliar atitudes e crenças religiosas em sujeitos portugueses face à doença mental. Para tal, foram realizadas três questões de investigação:

- 1) Como se relacionam as crenças religiosas com as atitudes face à doença mental, numa amostra de sujeitos portugueses?
- 2) Qual a relação das variáveis sócio-demográficas (género, idade, escolaridade, estado civil, se conhece alguém que sofra ou tenha sofrido de doença mental) com as crenças religiosas face à doença mental?
- 3) Qual a relação das variáveis sócio-demográficas (género, idade, escolaridade, estado civil, se conhece alguém que sofra ou tenha sofrido de doença mental) com as atitudes face à doença mental?

METODOLOGIA

Participantes

Participaram no estudo um total de 142 sujeitos, de nacionalidade portuguesa, sendo que a grande maioria pertencia ao género feminino (73.2%).

Caracterização da amostra

Verifica-se que 45.1% dos sujeitos eram solteiros, 49,3% casados ou em união de facto e 5,6% divorciados ou separados. Quanto à idade, a maioria dos participantes tinha até 30 anos, o que corresponde a 40.1% da amostra, 24.6% tinha entre 31 e 40 anos, 18.3% tinha entre 41 e 50 anos, 5.6% tinha entre 51 e 60 anos e 11.3% tinha mais de 60 anos.

Ao nível das habilitações académicas, 7,7% frequentaram até ao 1º ciclo, 11,3% até ao 3º ciclo, 23.2% da amostra fez o ensino secundário, e 57% fez o ensino superior.

De forma a perceber se os participantes tinham contacto com sujeitos com doença mental e qual o relacionamento e a patologia que estes sofriam, foram feitas questões nesse

sentido, sendo que 74.6% conheciam, e 25.4% não. Dos que conheciam, 8 sujeitos referiram que eles próprios sofriam de doença mental, 45 sujeitos conheciam alguém, 29 tinham amigos e 47 tinham familiares com doença mental.

Dos sujeitos que reportaram conhecer alguém com doença mental foi-lhes feita uma questão no sentido de avaliar quais as patologias que essas pessoas tinham. A figura 1 representa as doenças mentais enumeradas.

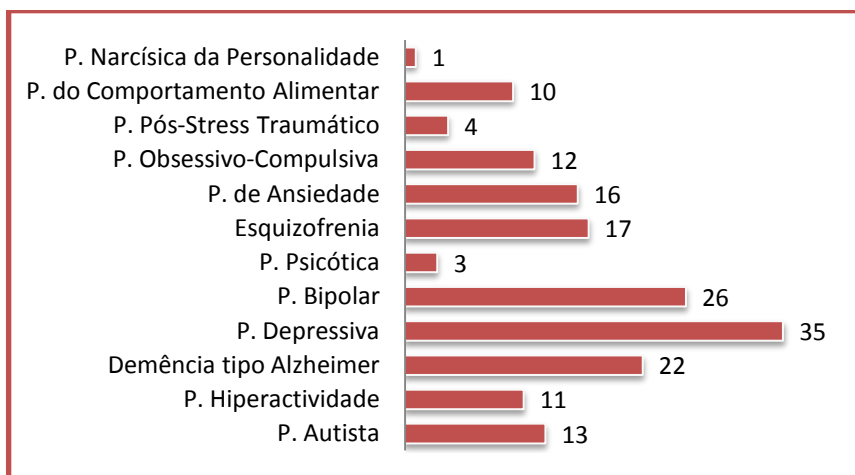


Figura 1 – Disposição das patologias mentais

Relativamente às crenças religiosas, verifica-se que a grande maioria dos indivíduos era católico (97.2%), e a restante percentagem correspondia a protestantes, ortodoxos e evangélicos. Quanto à frequência com que os participantes iam à igreja, templo ou local religioso, 35.9% referiram que iam algumas vezes por ano, 26.1% uma vez por ano ou menos, 13.4% duas ou três vezes por mês, 10.6% uma vez por semana, 8.5% nunca iam à igreja e 5.6% iam mais do que uma vez por semana. Apenas 15.5% dos participantes reportaram participar em actividades ligadas à igreja ou à religião. No que diz respeito à frequência que os participantes dedicam o seu tempo a actividades religiosas individuais, 44.4% respondeu raramente ou nunca, 18.3% diariamente, 16.9% poucas vezes por mês, 6.3% uma vez por semana e 2.1% mais do que uma vez por dia.

Material

Neste estudo foram utilizados três questionários. Um sócio-demográfico que incluía questões relativas ao sexo, idade, nível de escolaridade, profissão, estado civil, nacionalidade, naturalidade, raça/etnia. De forma a perceber se o participante tinha contacto directo ou

indirecto com doentes mentais, foram feitas questões que procuravam explorar se o participante conhecia alguém com doença mental, qual o relacionamento e qual a patologia que sofria. Para avaliar as práticas religiosas, foi perguntado em que religião cristã acreditava, desde quando e se participava em alguma actividade ligada à religião. Foram retiradas duas questões do *Duke Religious Index (DUREL)* de Koenig et al (1997) traduzido por Moreira-Almeida, Peres, Aloe, Neto e Koenig (2008). A primeira questão, “Com que frequência vai a uma igreja, templo ou outro local religioso” propõe-se a avaliar a dimensão organizacional da religiosidade. A segunda questão, “Com que frequência dedica o seu tempo a actividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia e de outros textos religiosos?”, avalia a dimensão não organizacional da religiosidade.

Com o objectivo de medir as atitudes face à doença mental, foi utilizada a versão portuguesa de Oliveira (2005) da escala *Opinions About Mental Illness*, originalmente construída por Cohen e Struening (1962). Esta escala é constituída por 51 itens, com um modelo de resposta tipo Likert que varia entre o 1 (concordo completamente) e 6 (discordo completamente). Está organizada em 5 factores que correspondem a 5 atitudes: Autoritarismo: pretende avaliar a opinião sobre se o sujeito com doença mental pertence a uma classe de pessoas inferiores; Benevolência: procura avaliar se o sujeito tem uma visão paternalista, moralista e protectora face aos sujeitos com doença mental; Ideologia da Higiene Mental: tem como objectivo perceber se o participante tem uma opinião do doente mental como uma pessoa normal; Restrição Social: pretende avaliar se o participante vê o sujeito doente mental como um perigo para a sociedade; Etiologia Interpessoal: sugere a crença que a doença mental resulta de más experiências interpessoais, vividas no período de infância (Oliveira, 2005).

Quanto às qualidades métricas da versão portuguesa desta escala, Oliveira (2005) fez uma análise factorial, onde foi apurado que: a dimensão ideologia da Higiene Mental tem um alpha de 0.64; a dimensão autoritarismo apresenta um alpha de 0.74; a dimensão Restrição Social tem um alpha de 0.75; a dimensão Etiologia Interpessoal um alpha de 0.71; e a dimensão Benevolência apresenta um alpha de 0.8. Existe uma correlação com significado estatístico $\leq 0,05$ entre as dimensões Autoritarismo e Restrição Social e também entre a dimensão Autoritarismo e Etiologia Interpessoal.

De forma a identificar crenças Cristãs quanto à saúde mental, utilizou-se a escala *Religious Beliefs about Mental Illness*. A tradução foi realizada por dois psicólogos independentes, sendo a compilação feita pela Prof^a Doutora Ana Rosa Tapadinhas. Por último, foi realizada uma retroversão por um tradutor bilingue, onde foi confirmada a versão

final. Esta escala foi construída por Wesselman e Graziano (2010), onde foram criadas afirmações que, pela sua experiência clínica, especularam estar envolvidas nas crenças religiosas sobre a doença mental. Utilizaram temas como a possessão demoníaca, atitudes sobre o tratamento para a doença mental, orações, e a doença mental como uma punição divina pelos pecados (Wesselman & Graziano, 2010). Constituída por 21 itens, sendo que as opções de resposta variam entre o 1 (discordo completamente) e o 9 (concordo completamente). Pretende avaliar 2 dimensões: o Pecado/ Responsabilidade Moral; e Causas/Tratamentos orientadas para a espiritualidade. Relativamente às qualidades métricas da escala, a análise factorial sugere dois factores: o primeiro factor explica 71% da variância e o segundo factor explica 12% da variância. Os dois factores estão positivamente correlacionados ($r=0.53$). Ambos os factores apresentam uma validade aceitável, sendo que o factor 1 (moralidade/pecado) tinha um $\alpha = 0.88$ e o factor 2 (causas/tratamentos orientados para a espiritualidade) um $\alpha = 0.72$.

Tipo de estudo

A presente investigação caracteriza-se por ser exploratório uma vez que existe uma carência de estudos que abranjam este tema, procurando aprofundar os conhecimentos nesta área. É também um estudo descritivo e correlacional, uma vez se propõe em fazer uma análise e descrição das variáveis em estudo e estabelecer uma relação entre elas.

As variáveis principais são as atitudes e as crenças religiosas perante a doença mental. As variáveis secundárias são: a idade; o género; a escolaridade; o estado civil; e se conhece alguém que sofra ou tenha sofrido de doença mental.

Procedimentos

Foi utilizado um método de selecção não probabilístico, sendo uma amostra “bola de neve”, que segundo Ribeiro (2007), é um tipo de amostra em que o investigador constrói a amostra perguntando a um conjunto de informadores iniciais, que fornecem nomes de outros membros. O estudo foi divulgado on-line, através de e-mails pessoais ou de empresas que mostraram disponibilidade em participar, e através de portais de redes sociais. Foram também impressos questionários em papel de forma a ultrapassar as limitações impostas pelo não acesso à internet. Desta forma, foram identificadas pessoas Cristãs através de conhecimentos

associados aos investigadores, e distribuídos a todos aqueles que pretendiam participar no estudo. No final, foram retirados todos os questionários não válidos, tendo como critérios de selecção a nacionalidade e a crença na religião Cristã.

RESUTADOS

Para responder às questões de investigação formuladas utilizou-se como referência um nível de significância (α) $\leq 0,05$. No entanto, quando encontradas diferenças significativas para um nível (α) $\leq 0,10$ estas foram devidamente comentadas. A questão nº 1 foi testada com o coeficiente de correlação de Pearson. Para testar as questões nº 2 e nº 3, como as variáveis dependentes são de tipo quantitativo, utilizou-se a estatística paramétrica. Concretamente usou-se o teste t de Student para amostras independentes quando se comparou duas amostras e a Anova One-Way quando se comparou mais de duas amostras. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nas situações em que a dimensão das amostras foi superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. Quando a homogeneidade não se encontrou satisfeita usou-se o teste t de Student ou a Anova One-Way com a correção de Welch.

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

Validade de conteúdo da escala *Religious Beliefs about Mental Illness*

A estrutura relacional dos itens da escala de crenças religiosas foi efectuada através da análise fatorial exploratória sobre a matriz das correlações, com extracção dos factores pelo método *Principal Axis Factoring* seguida de rotação *Promax*, de acordo com os procedimentos adoptados por Wesselmann & Graziano (2010). Os factores comuns retidos foram os que apresentaram um *eigenvalue* superior a 1. A validade da análise factorial foi feita através do KMO (0,83) e teste de Bartlett (significativo) e indica-nos valores aceitáveis para a sua prossecução. A análise factorial convergiu para uma solução com 6 componentes principais que explicam 65,58% da variância total. Como esta solução se afasta da solução

encontrada pelos autores, foi efetuada uma segunda AFE forçando a extração de duas componentes principais. As duas componentes explicam 36,90% da variância total, enquanto na solução dos autores explicam 83,00%. O Anexo C lista cada item e o seu peso em cada um dos factores. Apenas se indicam os valores superiores a 0,30. O factor 1 agrupa 7 dos itens originais e o factor 2 integra 4 dos 7 originais. Desta forma considerou-se como satisfatória a solução obtida. Assim, designar-se-á o primeiro factor por *Moralidade/Pecado* e o segundo por *Causas e Tratamentos Orientadas para a Espiritualidade*.

Consistência interna das escalas

A análise de consistência interna foi efectuada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. Os valores encontrados para a escala de crenças religiosas (Anexo D) variam entre 0,64 e 0,73. Os valores encontrados para a escala de atitudes face à doença mental (Anexo E) variam entre um mínimo de 0,61 e um máximo de 0,73.

Em seguida, vão ser apresentados os resultados encontrados para cada uma das seguintes questões de investigação.

1) Como se relacionam as crenças religiosas com as atitudes face à doença mental numa amostra de sujeitos portugueses?

Foram encontrados os seguintes coeficientes de correlação estatisticamente significativos:

	Moralidade/ Pecado	Causas Orientadas para a Espiritualidade
Autoritarismo	-0,487**	-0,362**
Benevolência	-0,178*	-0,174*
Ideologia	-0,093	0,050
Restrição	-0,312**	-0,203*
Etiologia	-0,581**	-0,385**

* Coeficiente significativo para um nível $p \leq 0,05$

** Coeficiente significativo para um nível $p \leq 0,01$

As crenças relacionadas com a Moralidade/Pecado correlacionam-se significativamente com: as atitudes de autoritarismo, de forma negativa e moderada ($r=-$

0,487); as atitudes de benevolência, de forma negativa e muito fraca ($r=-0,178$); as atitudes de restrição, de forma negativa e fraca ($r=-0,312$); e com as atitudes de etiologia, de forma negativa e moderada ($r=-0,581$). As crenças relacionadas com as Causas e Tratamentos Orientados para a Espiritualidade correlacionam-se significativamente com: as atitudes de autoritarismo, de forma negativa e fraca ($r=-0,362$); as atitudes de benevolência, de forma negativa e muito fraca ($r=-0,174$); as atitudes de restrição, de forma negativa e fraca ($r=-0,203$); e com as atitudes de etiologia, de forma negativa fraca ($r=-0,385$).

2) Qual a relação das variáveis sociodemográficas (gênero, idade, escolaridade, estado civil, se conhece alguém que sofra ou tenha sofrido de doença mental) com as crenças religiosas face à doença mental?

Quadro 2 – Crenças religiosas: significância das diferenças

	Moralidade	Orientação Espiritual
Gênero	0,375	0,026**
Idade	0,067*	0,000***
Escolaridade	,084*	0,000***
Estado civil	0,187	0,000***
Conhece algum doente mental	0,050**	0,008***

* $p \leq 0,10$ ** $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,01$

Gênero: Para a dimensão *Causas Orientadas para a Espiritualidade*, [$t(53,9) = -2,3, p = 0,02$], os homens obtêm valores significativamente mais elevados (2,9 versus 2,3).

Idade: Na dimensão *Moralidade/Pecado*, [$F(4, 33,01) = 2,4, p = 0,07$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos mais velhos (>60 anos) e os indivíduos entre os 51-60, até 30 anos e 31-40 anos, sendo que os mais velhos obtêm valores mais elevados nesta dimensão (3,7 vs 2,4 ; 2,5 e 2,5). Na dimensão *Causas Orientadas para a Espiritualidade*, [$F(4, 135) = 10,9, p = 0,00$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos mais velhos (>60 anos) e os indivíduos até 30 anos e no intervalo 31-40 anos, sendo que os mais velhos obtêm valores mais elevados nesta dimensão (3,9 vs 2,2 e 1,9).

Escolaridade: Na dimensão *Moralidade/Pecado*, [$F(3, 27,6) = 2,4, p = 0,08$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com o 1º ciclo e os que frequentaram o ensino superior, sendo que os primeiros obtêm valores

mais elevados nesta dimensão (3,2 vs 2,5). Na dimensão *Causas Orientadas para a Espiritualidade*, [$F(3, 136) = 7,6, p = 0,00$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com o 1º ciclo e aqueles que frequentaram o ensino superior, sendo que os primeiros obtêm valores mais elevados nesta dimensão (3,5 vs 2,1).

Estado civil : Na dimensão *Causas Orientadas para a Espiritualidade*, [$t(130) = -3,8, p = 0,00$], os casados obtêm valores significativamente mais elevados do que os solteiros (2,8 vs 2,1).

Para a questão, Conhece alguém que sofra ou tenha sofrido de doença mental?, na dimensão *Moralidade/Pecado*, [$t(139) = -1,9, p = 0,05$], os que não conhecem obtêm valores significativamente mais elevados (3,0 vs 2,6). Na dimensão *Causas Orientadas para a Espiritualidade*, [$t(138) = -2,7, p = 0,01$], os que não conhecem obtêm valores significativamente mais elevados (2,9 vs 2,3).

3) Qual a relação das variáveis sócio-demográficas (género, idade, escolaridade, estado civil, se conhece alguém que sofra ou tenha sofrido de doença mental) com as atitudes face à doença mental?

Quadro 3 – Atitudes face à doença mental: significância das diferenças.

	Autoritarismo	Benevolência	Ideologia	Restrição	Etiologia
Género	0,010***	0,407	0,058**	0,507	0,081*
Idade	0,000***	0,021**	0,726	0,006***	0,000***
Escolaridade	0,000***	0,234	0,379	0,000***	0,002***
Estado civil	0,100*	0,234	0,207	0,097*	0,047**
Conhece algum doente mental	0,019**	0,973	0,565	0,113	0,075*

* $p \leq 0,10$ ** $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,01$

Género: Para o factor *Autoritarismo*, [$t(140) = 2,6, p = 0,01$], os sujeitos do género feminino obtêm valores significativamente mais elevados (42,9 vs 39,2). No factor *Ideologia*, [$t(136) = -1,9, p = 0,06$], os sujeitos do género masculino obtêm valores significativamente mais elevados (27,6 vs 25,9). No factor *Etiologia*, [$t(137) = 1,7, p = 0,08$], os sujeitos do género feminino obtêm valores significativamente mais elevados (31,9 vs 30).

Idade: No factor *Autoritarismo*, [$F(4, 137) = 6,6, p = 0,00$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos mais velhos (>60

anos) e os indivíduos na faixa etária de 51-60 anos, até 30 anos e 31-40 anos, sendo que os mais velhos obtêm valores mais baixos nesta dimensão (35 vs 42,1 44,4 e 45,2). No factor *Benevolência*, [$F(4, 129) = 2,9, p = 0,02$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos mais velhos (>60 anos) e os indivíduos entre os 51-60 anos, até 30 anos e 41-50 anos, sendo que os mais velhos obtêm valores mais baixos nesta dimensão (43 vs 49 49,3 e 49,8). No factor *Restrição*, [$F(4, 133) = 3,8, p = 0,01$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos mais velhos (>60 anos) e os indivíduos entre os 51-60, até 30 anos e 31-40 anos, sendo que os mais velhos obtêm valores mais baixos nesta dimensão (30,9 vs 35,2 35,5 e 36,4). No factor *Etiologia*, [$F(4, 134) = 6,0, p = 0,00$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos mais velhos (>60 anos) e os restantes, sendo que os mais velhos obtêm valores mais baixos nesta dimensão (25,3 vs 30,6 31,5 32,7 e 33,2).

Escolaridade: No factor *Autoritarismo*, [$F(3, 137) = 9,3, p = 0,00$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com o 1º ciclo e os restantes, sendo que os primeiros obtêm valores mais baixos nesta dimensão (32,7 vs 40,4 40,9 e 44,1). No factor *Restrição*, [$F(3, 133) = 6,6, p = 0,00$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com o 1º ciclo e aqueles que frequentaram o secundário ou o ensino superior, sendo que os primeiros obtêm valores mais baixos nesta dimensão (29,3 vs 34,6 e 35,6). No factor *Etiologia*, [$F(3, 27,9) = 6,5, p = 0,00$], o teste de comparação múltipla indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com o 1º ciclo e os restantes, sendo que os primeiros obtêm valores mais baixos nesta dimensão (25,2 vs 29,8 30,6 e 33,2).

Estado civil: No factor *Autoritarismo*, [$t(140) = 2,4, p = 0,02$], os solteiros obtêm valores significativamente mais elevados do que os casados (43,1 vs 40,9). No factor *Restrição*, [$t(128) = 1,7, p = 0,09$], os solteiros obtêm valores significativamente mais elevados do que os casados (35,3 vs 33,9).

Para a questão, Conhece alguém que sofra ou tenha sofrido de doença mental?, no factor *Autoritarismo*, [$t(140) = 2,4, p = 0,02$], os que conhecem obtêm valores significativamente mais elevados (42,8 versus 39,3) e no factor *Etiologia*, [$t(137) = 1,8, p = 0,07$], os que conhecem obtêm valores significativamente mais elevados (32 vs 29,9).

DISCUSSÃO

Para o estudo das crenças religiosas e atitudes dos portugueses face à doença mental foram traçados três questões de investigação: a primeira procurava avaliar a relação entre as crenças religiosas e as atitudes face à doença mental; a segunda procurava relacionar as diferentes variáveis sócio-demográficas com as crenças religiosas; a terceira, e última, procurava estudar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e as atitudes face à doença mental.

Verificou-se que as crenças religiosas relacionadas com a *moralidade e o pecado* tinham uma correlação negativa e moderada com a variável *Autoritarismo* e com a variável *Etiologia Interpressoa*, o que significa que variam em sentido inverso, sugerindo que os participantes que associam a doença mental a estes factores religiosos têm menos tendência em acreditar que estes doentes pertencem a uma classe de pessoas inferiores e que a doença mental resulta de más experiências interpessoais vividas durante o período de infância. Existe correlação negativa fraca e muito fraca entre as variáveis *Restrição Social* e *Benevolência*, respectivamente, e a variável religiosa, sugerindo que as pessoas que acreditam que a doença mental se deve a factores como a moralidade e o pecado têm uma menor tendência em assumir que se deve restringir a liberdade destes doentes ou em ter uma visão paternalista e protectora para com eles.

Verificou-se também que as crenças relacionadas com as *causas e os tratamentos orientados para a espiritualidade* correlacionam-se de forma negativa e fraca com as variáveis *Autoritarismo*, *Restrição Social* e *Etiologia Intepessoal*, e de forma muito fraca com a variável *Benevolência*. Assim, estes resultados sugerem também, que os participantes que assumem a crença religiosa em cima enumerada, também têm menos tendência em acreditar que o doente necessita de atitudes autoritárias, que representa um perigo para a sociedade, e que a doença resulta de más experiências interpessoais. Sugere ainda que adoptam uma visão menos moralista e paternalista, do que aqueles que não associam a doença a esta crença religiosa.

Estes resultados não são sobreponíveis com o estudo de Wesselmann e Graziano (2010), que concluíram quanto mais se assumem crenças como o medo, perigo, zanga ou controlabilidade, mais assumem a crença de que a doença mental é resultado de comportamentos imorais e com causas e tratamentos orientados para a espiritualidade. Os autores também concluíram que o autoritarismo estava relacionado de forma positiva com as

crenças religiosas avaliadas. Herek (1987) afirma que existem evidências que as pessoas que são mais religiosas tendem também a ser mais intolerantes.

Existiram evidências estatísticas que os homens, mais do que as mulheres, tinham a crença de que a doença mental poderia ser atribuída e curada através da espiritualidade. Estes resultados não vão de encontro às investigações realizadas anteriormente, onde foram encontrados indícios de que as mulheres acreditam mais no papel da fé na cura (Mansfield, Mitchell & King, 2002 cit em Standford, 2007). As pessoas mais velhas (>60 anos) fizeram uma maior atribuição da doença mental ao pecado e à moralidade do que os participantes mais novos, bem como atribuíram mais as causas e os tratamentos à espiritualidade, do que os sujeitos até aos 40 anos de idade.

Quanto à escolaridade, os resultados evidenciaram que os sujeitos que tinham até ao 1º ciclo assumiam que a doença mental se devia ao pecado e à moralidade e atribuíram as causas e os tratamentos à espiritualidade, enquanto os sujeitos que tinham o ensino superior foram aqueles que apresentaram valores mais baixos em ambos os factores da escala de crenças religiosas. Hartog e Gow (2005) postularam que várias influências sociais, tais como a educação, influenciam a atribuição dos eventos a factores naturais ou religiosos. Contudo, a plausibilidade de uma explicação religiosa ou não-religiosa está relacionada com a quantidade de conhecimento que o atribuidor tem acerca do assunto em particular (Spilka et al., 1985 cit em Hartog & Gow, 2005). Relativamente ao estado civil, verificou-se que os casados, mais do que os solteiros, acreditavam que a doença mental tinha causas e tratamentos orientados para a espiritualidade.

As pessoas que não conheciam ninguém que sofresse de doença mental apresentaram valores significativamente mais elevados do que aquelas que conheciam, em ambos os factores da escala de crenças religiosas. Wesselmann e Graziano (2010) concluíram igualmente que os sujeitos que conheciam bem pessoas com doença mental assumiam menos a dimensão pecado e moralidade.

Quanto às atitudes face à doença mental apresentadas pela amostra, os homens apresentaram valores significativamente mais elevados na atitude *Ideologia da Higiene Mental*, ou seja, expressaram uma opinião do doente como uma pessoa normal. Já as mulheres apresentaram atitudes mais autoritárias e acreditaram que a doença mental era resultado de más experiências de infância. Penn e Link (2002, cit em Wesselmann & Graziano, 2010) sugerem que os homens, mais do que as mulheres, assumem várias crenças seculares, e são menos abertos a aceitarem pessoas com doença mental.

As pessoas mais velhas (>60 anos) apresentaram atitudes menos autoritárias, menos restritivas e fizeram uma menor atribuição da doença a experiências interpessoais, no entanto tiveram uma imagem pouco paternalista destes doentes, sendo que a base das atitudes avaliadas no factor *Benevolência* têm uma perspectiva mais religiosa e moral do que científica. Estes resultados não estão em conformidade com os que foram encontrados na escala de crenças religiosas. Já os inquiridos entre 31 e 40 anos de idade apresentaram atitudes mais autoritárias e de restrição social. Os sujeitos entre 41 e 50 anos de idade mostraram atitudes mais benevolentes para com os sujeitos com doença mental e os participantes até 30 anos apresentam médias mais altas na escala *Etiologia Interpessoal*. Estes resultados não estão em conformidade com a literatura, uma vez que muitas das crenças e mitos mantêm-se desde há muitas décadas, e correspondem a atitudes dogmáticas e autoritárias. Assim, as pessoas mais velhas tinham uma maior probabilidade de assumirem atitudes mais negativas. Por outro lado, as atitudes paternalistas estão relacionadas com o que é difundido socialmente, contudo, pode não significar que sejam os indivíduos mais tolerantes e paternalistas que manifestam comportamentos de maior aceitação (Loureiro et al, 2008).

Quanto à escolaridade, foram os sujeitos que tinham o primeiro ciclo que apresentaram médias mais baixas nas escalas *Autoritarismo*, *Restrição Social* e *Etiologia Interpessoal*. Os inquiridos com o ensino secundário e superior apresentaram médias altas na escala *Restrição Social*. Isto sugere que as pessoas com menos estudos são aquelas que demonstraram atitudes menos negativas face aos doentes mentais, enquanto que as pessoas com um grau de escolaridade superior acreditavam que estes doentes representavam um perigo para a sociedade.

Os solteiros, mais do que os casados, apresentaram médias elevadas nos factores *Autoritarismo* e *Restrição Social*.

As pessoas que conheciam alguém com doença mental apresentaram médias significativamente mais elevadas nos factores *Autoritarismo* e *Etiologia Interpessoal*. Ou seja, ao contrário do que era espectável, aqueles que conviveram ou conheceram pessoas com doença mental assumiram que estes sujeitos pertenciam a uma classe inferior de pessoas, necessitando de atitudes mais coercivas, tendo ainda a crença que a doença era resultado de más experiências interpessoais. Estes resultados não suportam a ideia de Allport (2002, cit em Wesselmann & Graziano, 2010) de que ter um contacto perto e positivo com pessoas de um grupo particular que é estigmatizado pode ser benéfico para combater o estigma.

CONCLUSÃO

O conceito de doença mental tem sofrido modificações ao longo das décadas. Contudo, existem evidências que crenças associadas ao passado ainda predominam em culturas e sociedades modernas. O doente mental ainda é visto como perigoso e imprevisível, sendo portanto relevante identificar as várias crenças com o intuito de construir campanhas de sensibilização eficazes, de forma a minimizar a estigmatização e preconceito que estas pessoas são alvo. Também a religião é uma forte força motivacional de muitas pessoas, no entanto existem muitas evidências que esta está fortemente ligada ao preconceito.

Através deste estudo foi possível concluir que os sujeitos que atribuem a doença mental ao factor moralidade e pecado e ao factor causas e tratamentos orientados para a espiritualidade, apresentam atitudes mais positivas do que aqueles que não assumem estes dois factores religiosos. No entanto, mostram-se menos benevolentes para com estes doentes, apesar da base desta atitude assentar num ponto de vista mais religioso-moral. Concluiu-se ainda que os homens assumiam a crença de que a doença mental poderia ter causas e ser tratada através da espiritualidade, e expressaram a opinião do doente como pessoa normal. Já as mulheres assumiram atitudes mais negativas. As pessoas mais velhas atribuíam estas doenças aos dois factores religiosos e apresentavam atitudes menos negativas e menos paternalistas, do que os mais novos. Aqueles que apenas tinham o 1º ciclo também obtiveram resultados elevados na escala de crenças religiosas e apresentaram atitudes menos negativas do que aqueles com o ensino superior, sendo que estes obtiveram médias altas na escala de restrição social. As pessoas que conheceram alguém com doença mental assumiam menos os factores religiosos e nas escalas atitudinais obtiveram valores mais elevados nas escalas autoritarismo e etiologia interpessoal.

Laythen, Finkel, Bringle e Kirkpatrick (2002 cit em Wesselmann & Graziano, 2010) especularam que outra maneira de clarificar a relação paradoxal entre religião e preconceito na investigação consiste em considerar os pontos-de-vista específicos de cada religião. Assim, futuros estudos deverão contemplar outras religiões, de forma mais homogénea, comparando as diferentes visões associadas a estas. Há ainda evidências na literatura (ex: Wesselmann and Graziano, 2010) que dentro da religião Cristã existem diferenças significativas quanto à visão da doença mental em Cristãos Protestantes e Cristãos Católicos.

Deve também ser feita uma investigação mais detalhada e aprofundada acerca das crenças que existem na comunidade religiosa portuguesa, de forma a construir instrumentos que meçam com maior fiabilidade as crenças relativas à doença mental. Sugere-se ainda, um

estudo que tenha em consideração o fundamentalismo religioso, uma vez que muitos estudos indicam que este se encontra associado positivamente ao preconceito.

Seria relevante desenhar um estudo em que as variáveis fossem medidas através de entrevistas presenciais de forma a minimizar uma possível tentativa de mostrar atitudes mais positivas. É ainda apontado como limitação o facto da amostra ser maioritariamente do género feminino, sendo que de forma a tirar conclusões fiáveis das diferenças de género a amostra deveria ser mais homogénea, visto que existem evidências na literatura que apontam para diferenças de género tanto nas atitudes como nas crenças religiosas face aos doentes mentais.

Allport (1954 cit em Wesselmann & Graziano, 2010) defendeu que a religião “faz o preconceito e desfaz o preconceito... Algumas pessoas dizem que a única cura para o preconceito é mais religião; algumas dizem que a única cura é abolir a religião”. Com base nesta afirmação, torna-se importante minimizar preconceitos contra os doentes mentais e melhorar as suas condições na comunidade.

REFERÊNCIAS

- Abdullah, T. & Brown, T. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31.
- Altemeyer, B. & Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, Religious Fundamentalism, Quest, and Prejudice. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 2(2), 113-133.
- Balhara, Y. & Yadav, T. (2012). A Comparative Study of Beliefs, Attitudes and Behaviour of Psychiatric Patients and their Care givers with Regards to Magico-religious and Supernatural Influences. *Journal of Medical Science*, 12(1), 10-17.
- Batson, C., Flink, C., Schoenrade, P., Fultz, J. & Pych, V. (1986). Religious Orientation and Overt Versus Covert Racial Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(1), 175-181.
- Cinnirella, M. & Loewenthal, K. (1999). Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: A quantitative interview study. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 505-524.

- Corrigan, P. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67.
- Corrigan, P. (2005). *On the Stigma of Mental Illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. & Campbell, J. (2003). Perceptions of Discrimination Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 54(8), 1105-1110.
- Flannelly, K., Galek, K., Ellison, C. & Koenig, H. (2010). Beliefs about God, Psychiatric Symptoms, and Evolutionary Psychiatry. *Journal of Religion and Health*, 49, 246-261.
- Gameiro, A. (1978). *Psicopatologia e Saúde Mental – Guia Prático sobre Saúde Mental, Perturbações psíquicas, Prevenção, Internamento e Reabilitação*. Porto: Edições Salesianas
- Hartog, K. & Gow, K. (2005). Religious attributions pertaining to the causes and cures of mental illness. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(4), 263-276.
- Herek, G. (1987). Religious Orientation and Prejudice: A Comparison of Racial and Sexual Attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13(1), 34-44.
- Koenig, H. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Link, B., Phelan, J., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B. (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Loewenthal, K. & Lewis, A. (2011). Mental health, religion and culture. *The Psychologist. British Psychological Society*, 24, 256-259.
- Loureiro, L., Dias, C. & Aragão, R. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e doentes mentais. Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência*, 8, 33-44.

- Macavei, B. & Miclea, M. (2008). An Empirical Investigation of the Relationship Between Religious Beliefs, Irrational Beliefs, and Negative Emotions. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(1), 1-16.
- Marques, E. (2003). **Da Loucura à Doença Mental. Da Doença Mental à Inimputabilidade – Avaliação de Doentes Esquizofrénicos Inimputáveis Internados numa Clínica Psiquiátrica em Meio Prisional.** ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Tese de Mestrado
- Moreira-Almeida, A., Peres, M., Aloe, F., Neto, F. & Koenig, H. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica.*, 35 (1), 31-32.
- Oliveira, S. (2005). **A loucura no outro: um contributo para o estudo do impacto da loucura no profissional de saúde mental.** Coimbra: FPCEUC. Tese de doutoramento.
- Ribeiro, J. P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde.* Porto: Legis
- Standford, M. (2007). Demon or disorder: A survey of attitudes toward mental illness in the Christian church. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(5), 445-449.
- Wesselmann, E. & Graziano, W. (2012). Sinful and/or Possessed? Religious Beliefs and Mental Illness Stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (4), 402-437

ANEXO A – ARTIGO TEÓRICO



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

ATITUDES E
CRENÇAS RELIGIOSAS
FACE À DOENÇA MENTAL

Artigo Teórico

CÁTIA SANCHES

Orientador de Dissertação:

Prof^ª Doutora Ana Rosa Tapadinhas

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof^ª Doutora Ana Rosa Tapadinhas

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

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2012

RESUMO

Este artigo teórico tem como objectivo estudar as crenças religiosas e atitudes face às pessoas com doença mental e consiste numa revisão de literatura, onde se procura mostrar, com base nos estudos científicos elaborados previamente, as principais conclusões sobre o tema. As crenças religiosas são importantes para muitas pessoas e moldam a maneira como entendem o mundo, podendo também afectar muitos dos seus comportamentos perante outros. Já os doentes mentais são alvo de estigmatização pela sociedade. Torna-se assim importante identificar qual o papel destas crenças no modo de pensar e agir das pessoas religiosas face ao doente mental, com o intuito de melhorar a integração destes doentes na sociedade.

Palavras-chave: crenças religiosas; doença mental; atitudes

ABSTRACT

This article aims to study the religious beliefs and attitudes toward people with mental illness and consists of a literature review, where tries do show based on scientific studies, the main conclusions on the subject. The religious beliefs are important to many people and shape their point of view of how they see the world, affecting their behaviors. Also the mentally ill are subject of stigmatization by society. So, it's important to identify the roll of the beliefs in the way that religion people act and think toward mental illness, in order to improve the integration into society of these patients.

Keywords: Religious Beliefs; Mental Illness; Attitudes

ÍNDICE

Introdução.....	1
Revisão de Literatura	
Estigmatização e Doença Mental.....	2
Doença Mental e Religião.....	4
Religião e Psicologia.....	7
Crenças Religiosas.....	9
Crenças Religiosas e Atitudes Face ao Doente Mental Numa Amostra Portuguesa.....	13
Conclusão.....	14

INTRODUÇÃO

Este artigo consiste numa revisão de literatura, que visa estudar as crenças religiosas e atitudes face às pessoas com doença mental. As crenças religiosas e espirituais são importantes para muitos sujeitos e moldam a maneira como entendem o mundo, podendo também afectar muitos dos seus comportamentos perante outros (Wesselmann & Graziano, 2010). Pargament e Hahn (1986 cit em Hartog & Gow, 2005) observaram que a estrutura religiosa providencia à pessoa crente um entendimento e um meio de lidar com os desafios, enquanto mantem um sentido de justiça e de controlo das suas vidas. Já a doença mental, segundo Corrigan (2000), é uma “espada de dois bicos”: por um lado os sintomas e os défices nas capacidades que resultam das doenças psiquiátricas interferem no atingir de muitos papéis sociais, como trabalho, e qualidade de vida; por outro, as reacções sociais face às doenças psiquiátricas severas resultam no estigma e na discriminação, que impedem a pessoa de alcançar esses papéis sociais.

Em muitas culturas, estas doenças continuam a ser vistas como “doenças não-médicas” que são causadas por um elemento invisível e abstracto (Thong et. al, 1992 cit em Balhara & Yadav, 2012). Similarmente, uma proporção significativa da população continua a procurar ajuda nos curandeiros tradicionais (Mafimisebi & Orguntade, 2010 cit em Balhara & Yadav, 2012).

Achou-se então pertinente aprofundar esta temática fazendo uma pesquisa sobre este assunto. Para tal, dividiu-se este artigo em várias partes. Num primeiro momento foi feita uma pequena introdução com o objectivo de clarificar o conceito de doença mental. De seguida foi abordado o tema da estigmatização e em que medida estes doentes são afectados por este fenómeno. Posteriormente foi abordado a ligação entre a religião e a forma como as pessoas religiosas vêem a doença mental, referenciando questões históricas que estão inequivocamente ligadas ao desenvolvimento da saúde mental no nosso país, Europa e no mundo. Foi também feita a ponte entre a psicologia e a religião, abordando alguns estudos que investigaram quais as crenças religiosas envolvidas nas atitudes que as pessoas crentes têm para com os doentes mentais. Por último, foi feita uma referência ao estudo que procura perceber como os portugueses religiosos vêem a doença mental, avaliando as suas crenças religiosas e atitudes para com os doentes mentais.

REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2000) são vários os aspectos das doenças psiquiátricas que levam à definição da doença mental, onde são incluídos: os padrões de comportamento com significado clínico que levam ao *distress*; a incapacidade (comprometimento numa função da vida); ou uma potencial perda de liberdade (Corrigan, 2005). A doença mental, a loucura, a insanidade têm sido um problema para as sociedades em diferentes épocas históricas, uma vez que se traduz num número de acontecimentos que ocorrem na mente do sujeito, manifestado através de alterações do comportamento, na relação que estabelece com os outros e consigo próprio. Também aquele que lida com a pessoa com doença mental sofre alterações que desencadeiam sentimentos, juízos e atitudes (Marques, 2003).

Várias pesquisas na psiquiatria social realçaram o importante papel que as crenças culturais desempenham na moldagem das respostas sociais perante as pessoas com doença mental (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999). Rao, Feinglass e Corrigan (2007 cit em Abdullah & Brown, 2011) afirmaram que o diagnóstico da doença mental é baseado no desvio das normas socioculturais e comportamentais. Segundo a APA (2003), cultura refere-se a atributos partilhados, sistema de crenças e valores que um grupo de pessoas tem em comum e que influencia os seus costumes, normas, práticas, instituições sociais, processos psicológicos e organizações. A noção de estigma da doença mental varia de cultura para cultura (Abdullah & Brown, 2011). Visto que por muitos a doença mental é considerada “anormal”, torna-se relevante clarificar em que consiste a norma. Segundo Scharfetter (1997, cit em Marques, 2003), a designação de normal remete para o indivíduo que se encontra dentro “da estrutura, enquadramento, limites, linhas de orientação para o comportamento, postura e valores” da sociedade onde se encontra inserido. Já o mesmo autor considera “anormal”, aquele que se desvia da norma de um dado grupo.

Estigmatização e Doença Mental

Os comportamentos considerados por muitos “anormais” levam a um processo chamado estigmatização. Erving Goffman (1963 cit em Wesselmann & Graziano, 2010) definiu grupos estigmatizados como aqueles que carregam uma marca ou uma condição que lhes provoca desvalorização e marginalização pela maioria da sociedade.

Corrigan (2005) apresenta um modelo que mostra como os sinais levam ao estigma da doença mental. Este modelo deve ser interpretado à luz de um modelo social-cognitivo que procura explicar a relação entre o estímulo discriminativo e o comportamento consequente. Segundo o autor, as pessoas inferem a doença mental através de 4 sinais: sintomas psiquiátricos, défices nas capacidades sociais, aparência física e rótulos. Muitos sintomas de várias doenças mentais, tais como emoções inapropriadas, comportamentos bizarros, irregularidades linguísticas, e o falarem em voz alta com eles próprios, são indicadores de doença mental que assustam as pessoas. Vários estudos mostram que sintomas como estes descritos tendem a produzir reacções estigmatizadas. Também as fracas capacidades de socialização, défices no contacto ocular, a linguagem corporal e a escolha de tópicos de discussão levam a reacções estigmatizantes. A aparência pessoal, em particular a atractividade física e a higiene pessoal podem ser indicadores manifestos destas doenças levando a respostas estereotipadas pela comunidade (Corrigan, 2005). As respostas comuns da sociedade ao rótulo “doença mental” incluem medo e repugnância, levando a uma minimização do contacto e ao distanciamento social de qualquer pessoa que apresente comportamentos indesejados. Quando o rótulo é aplicado, o doente mental é exposto a reacções adversas (como o preconceito e a discriminação) por parte dos outros (Goffman, 1961, cit em Corrigan, 2005). Deste modo, as pessoas com doença mental grave apresentam sinais ao público sobre a sua doença “aquela pessoa está a falar consigo própria, deve ser maluca”. Estes sinais produzem estereótipos “as pessoas malucas são perigosas”. Os estereótipos levam a reacções comportamentais ou à discriminação “não vou permitir que pessoas perigosas como estas se mudem para o meu bairro” (Corrigan, 2005). Nunnally (1981 cit em Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999) concluiu no seu estudo que os participantes tipificaram o homem doente mental como perigoso, sujo, imprevisível e sem valor.

Um estudo realizado por Loureiro, Dias e Aragão (2008), com uma amostra de 834 indivíduos do concelho de Penacova, com o objectivo de avaliar as crenças e as atitudes relativamente aos doentes e doenças mentais, concluiu que estes ainda são vistos como perigosos, e que estas doenças são incuráveis. Quanto às atitudes, os resultados foram positivos relativamente às doenças mentais, tanto pelos valores reduzidos nas médias das atitudes autoritárias ou pelos valores médios elevados nas atitudes paternalistas. As atitudes positivas perante as doenças mentais, são um bom indicador para a procura de ajuda profissional, contudo não constituem um indicador de comportamento positivo da sociedade para com os doentes (Angermeyer, 2004 cit em Loureiro et al, 2008). Gordon et al (2004 cit

em Loureiro et al, 2008) afirma que estamos perante uma sociedade onde existe mais informação, resultando numa aparente maior tolerância e aceitação dos doentes e das doenças mentais. Contudo, apesar do conhecimento sobre as perturbações, existem crenças e mitos que aparentemente se mantêm desde há muitas décadas, que correspondem a atitudes dogmáticas e autoritárias. Por outro lado, as atitudes paternalistas estão relacionadas com o que é difundido socialmente, contudo, pode não significar que sejam os indivíduos mais tolerantes e paternalistas que manifestam comportamentos de maior aceitação (Loureiro et al, 2008).

Link et al. (1999) referem que as concepções da doença mental têm consequências na procura de ajuda, no estereótipo, e no tipo de estrutura dos tratamentos que se criam para estas pessoas. O estigma é uma barreira não apenas para um tratamento adequado como também para as oportunidades de vida (Corrigan, Thompson, Lambert, Sangster, Noel & Campbell, 2003). A maioria destas pessoas acha que é estigmatizada pelos outros, esperam ser mal tratadas e sofre de desmoralização e baixa auto-estima devido à internalização do estigma (Corrigan, Thompson, Lambert, Sangster, Noel & Campbell, 2003). Exemplo disso é um estudo realizado por Wahl (1999 cit em Corrigan, et al, 2003) com uma amostra de 1301 indivíduos com doença mental dos Estados Unidos da América, que concluiu que 80% da amostra referiu experiência directa com estigma, e 70% foi tratada como menos competente pelos outros a partir do momento que estes souberam da sua doença. Devido a estes estereótipos, estas pessoas frequentemente sofrem perdas de relações pessoais, suporte social e emprego (Farina, 1981 cit em Wessselmann & Graziano, 2010).

Doença Mental e Religião

Pouco se sabe sobre a ligação entre o preconceito e a religião em relação aos doentes mentais. Existe carência de estudos que foquem as diferentes crenças religiosas (e preconceitos) sobre a doença mental, pois o que se sabe é baseado em especulações gerais, extrapoladas a partir de doutrinas de diferentes grupos religiosos. As crenças religiosas podem ter um efeito significativo nas atitudes e comportamentos daqueles que as seguem, por isso, se existe um estereótipo baseado na religião sobre a doença mental, então é importante identifica-lo e percebê-lo para que possa ser focado em campanhas anti-estigma (Wessselmann & Graziano, 2010).

A definição de religião envolve crenças, práticas e rituais relacionados com o sagrado. O sagrado é definido por Koenig (2009) como algo que está associado ao místico, sobrenatural, ou a Deus. Pode também envolver crenças sobre espíritos, anjos ou demónios.

As religiões normalmente têm crenças específicas sobre a vida depois da morte e regras sobre a conduta que guia a vida dentro de um grupo social. É frequentemente organizada e praticada dentro da comunidade, mas pode também ser praticada em privado. Contudo, central à sua definição, a religião tem as suas raízes no estabelecimento de tradições com um grupo de pessoas com crenças e práticas comuns (Koenig, 2009). As crenças religiosas são proposições que a pessoa considera serem verdade sobre a sua religião (Worthington et al, 1996 cit em Macavei & Miclea, 2008). Se a pessoa possui crenças religiosas mas não as considera importantes na sua vida, é provável que estas não influenciem os seus comportamentos e emoções. Como alguns autores sugerem (Worthington et al, 1996 cit em Macavei & Miclea, 2008), é importante focar valores e crenças religiosas específicas e o seu impacto no comportamento e nas emoções.

Enquanto a maioria dos grupos religiosos protestantes renunciaram “oficialmente” as crenças de etiologia demoníaca da doença mental, substituindo-as com explicações naturais e psicológicas, muitos estudos conduzidos por Loewenthal (1996 cit em Hartog & Gow, 2005) revelaram que entre Cristãos leigos ainda existem pontos de vista generalizados de que a doença mental é causada pela separação de Deus e pela possessão demoníaca (Dain, 1992; Favazza, 1982; Loewenthal, 1996 cit em Hartog & Gow, 2005). E como a doença mental começou a ser associada a este tipo de eventos?

Ao longo dos tempos, os doentes mentais foram “temidos, admirados, ridicularizados, lamentados ou torturados, mas muito raramente curados” (Alexander & Selesnick, s.d., cit em Gameiro, 1978). As crenças sobre a causa, a natureza e o tratamento das perturbações mentais sofreram alterações ao longo do tempo derivado à evolução dos conhecimentos nas sociedades (Marques, 2003). Nas sociedades mais primitivas, os comportamentos fora da norma, as doenças e a morte, eram explicados com base em sistemas de mitos, lendas, crenças, ritos mágicos e magico-religiosos (Ferreira, 1990 cit em Marques, 2003), onde o homem dificilmente conseguia aplicar terapêuticas orgânicas (Gameiro, 1978). Muitas vezes, os comportamentos eram atribuídos a causas exteriores ao sujeito ou a influências de forças malévolas, como espíritos ou demónios. Os curandeiros-feiticeiros, para tratarem os doentes e dominarem os seres patogénicos, recorriam ao pedido, súplica, suborno, ameaça, castigo ou à luta. A medicina mágica acreditava numa ligação secreta entre os seres causadores da doença e os doentes, podendo-se influenciar um ser distante agindo sobre a sua semelhança ou sobre o ser que lhe estivesse próximo (Gameiro, 1978).

Em várias culturas existiam este tipo de práticas e atribuições, desde o Egipto à Grécia antiga. Entre os Hebreus, na Bíblia e no Talmude, as doenças mentais eram atribuídas a Deus,

que as infligia como maneira de castigo. Contudo, existiram práticas terapêuticas com valor psicológico: o costume do “bode expiatório”; o falar das preocupações; e a análise dos sonhos. No Novo Testamento, surgem explicações demoníacas da epilepsia e histeria. As práticas dos exorcismos religiosos, por influência dos Evangelhos e do Cristianismo, perduraram até aos dias de hoje (Gameiro, 1978). Sob a influência do maniquísmo, a atribuição das doenças mentais aos espíritos foi exacerbada bastante, onde a mistura da magia oriental com conceitos religiosos e cristãos foi a explicação e o tratamento predominantes para os doentes mentais. No entanto, estes eram respeitados (Gameiro, 1978).

Na Idade Média, surgiu uma mentalidade que entendia as doenças da alma à luz de crenças religiosas, superstições e fenómenos místicos. Neste período, segundo Cordeiro (1987, cit em Marques 2003), considerava-se que tanto a causa como a cura da loucura estavam associados à mulher, à bruxa e à possessão pelo demónio, sendo que os loucos “deveriam ser acorrentados, flagelados, escorraçados, deixados sem alimento para que os demónios fossem expulsos do corpo” (Marques, 2003). Alguns elementos do clero defendiam que a única forma de expulsar os espíritos malignos era através do exorcismo, sendo que outros alegavam que os loucos deveriam ser levados à fogueira, acusados de feitiçaria (Taylor, 1992, cit em Marques, 2003). Os doentes mentais foram queimados aos milhares com o argumento de estarem possessos ou de se terem vendido ao demónio e a outros espíritos, por serem considerados bruxos ou feiticeiros (Gameiro, 1978).

Os tratamentos no século XVII e XVIII articulavam-se entre a medicina e a religião. Tanto as doenças venéreas e as doenças mentais eram tratadas com purgações, sangrias, banhos, jejuns, orações, entre outros (Foucault, 1991 cit em Marques, 2003). A causa e a cura continuavam a ser atribuídas aos bruxos, sendo que a caça e execução dos mesmos era um dever religioso (Taylor, 1992 cit em Marques, 2003). Na Renascença, continuou a perseguição, apesar do desenvolvimento da ciência, através da Inquisição. Em vários pontos da Europa assistia-se ainda a caça às bruxas, fomentada por prémios, como foi o caso da Rainha I em Inglaterra (Gameiro, 1978). Nos hospitais psiquiátricos, predominavam as más condições para estes doentes, onde eram acorrentados, isolados, torturados, entre outros (Gameiro, 1978). No entanto, foram várias as pessoas que tentaram lutar contra esta forma de pensar e agir. Exemplos disso foram S. João de Deus ou S. Vicente de Paulo (Gameiro, 1978).

Apenas no século XVIII se dá uma ruptura da influência religiosa, derivado às ideias iluministas e racionalistas e com a expulsão dos Jesuítas. A loucura passou a ser vista como doença (Marques, 2003). Assim, a pouco e pouco, foi-se reconhecendo que grande parte das reacções agressivas dos doentes eram resultado dos maus tratos de que eram alvo e não da

doença em si (Gameiro, 1978). Contudo, ainda hoje se assiste a esta mistura de conceitos de doença, crenças de feitiçaria e possessões diabólicas. Mesmo em meios mais evoluídos, existem pessoas que perante o desconhecido, atribuem a doença aos espíritos e procuram bruxas, feiticeros ou padres para tratamento (Gameiro, 1978).

Até aos tempos mais recentes, a religião e os cuidados na saúde mental estavam bastante próximos. Muitos dos primeiros hospitais de saúde mental estavam localizados em mosteiros e dirigidos por padres. Com algumas exceções, estas instituições religiosas frequentemente tratavam os pacientes com mais compaixão do que as instalações dirigidas pelo estado. Inclusive, a primeira forma de tratamento psiquiátricos nos EUA era o tratamento moral, que envolvia tratamento compassivo e humano de pessoas com doença mental (Koenig, 2009).

Religião e Psicologia

No início do século XX, o interesse da psicologia na religião e doença mental despoletou devido ao ponto de vista de Freud sobre a religião como intrinsecamente neurótica. Freud descreveu a religião e os seus rituais como uma neurose colectiva, sugerindo que a pessoa poderia ser poupada ao esforço de formar uma neurose individual. Num dos seus trabalhos, Freud (1907/1924 cit em Loewenthal & Lewis, 2011) realçou as similaridades entre os rituais religiosos e os rituais obsessivos. O autor argumentou que a culpa era criada quando os rituais não eram feitos, e amenizada quando realizados, sendo um ritual auto-perpetuado. O ponto de vista de Freud fomentou reacções furiosas junto das instituições religiosas, levando, em alguns círculos, ao despedimento de psicoterapeutas acusados de fraudes ateístas; contudo, houve um contra-movimento paralelo. Dentro da teoria e prática psicodinâmica, e nas áreas das ciências sociais e psiquiátricas, existiram várias tentativas para explorar a religiosidade e espiritualidade e as suas implicações na saúde mental (Loewenthal & Lewis, 2011). Assim, esta ligação entre a psicologia e a religião tem sido caracterizada por conflito e mutuo desrespeito. Naturalismo, agnosticismo e humanismo têm sido os campos dominantes da psicologia (Bergin, 1980 cit em Hartog & Gow, 2005). Ambas dirigem-se para os mesmos assuntos, no entanto existem diferenças significativas entre elas no que diz respeito aos pontos de vista essenciais, conceitos e vocabulários usados para descrever, explicar e perceber o comportamento humano, o ajustamento, o bem-estar e a doença (Theilman, 1998; Tjeltveit, 1991 cit em Hartog & Gow, 2005).

A maioria das religiões da nossa sociedade pregam amor e aceitação dos outros. Tanto um como outro devem ser incondicionais, sem distinções de raça, credo ou cor. Mas

apesar desta mensagem universal de tolerância, vários estudos mostram que o envolvimento religioso está positivamente correlacionado com o preconceito racial (e.g. Allport & Kramer, 1946; Rosenblith, 1949 cit em Batson, Flink, Schoenrade, Fultz & Pych, 1986). Os cientistas sociais encontraram de forma consistente que as pessoas que são mais religiosas tendem também a ser mais intolerantes. Gordon Allport (cit em Herek, 1987) propôs uma resolução para este aparente paradoxo ao sugerir que existem duas maneiras de ser religioso. Algumas pessoas têm uma orientação religiosa que é primariamente extrínseca, uma abordagem egoísta e instrumental em conformidade com as convenções sociais. Outros, em contraste, têm uma orientação religiosa intrínseca, sendo que a religião lhes fornece uma estrutura de significados em que toda a vida é percebida com base neles. Allport e Ross (1967, cit em Herek, 1987) resumiram esta distinção ao afirmarem que “a pessoa motivada extrinsecamente usa a sua religião, enquanto a pessoa motivada intrinsecamente vive a sua religião”. Os autores reportaram que uma orientação extrínseca tende a ser associada positivamente com o preconceito, enquanto uma orientação intrínseca tende a ser negativamente correlacionada. Por outras palavras, a intrínseca usa os ensinamentos religiosos para modelar as suas interações diárias com os outros, amando o seu próximo; para eles não existe espaço para rejeição, desprezo ou condescendência para com outro ser humano. A pessoa extrinsecamente motivada, em contraste, é religiosa primeiramente para disfrutar da aceitação social e da integração; a religião providencia-lhes segurança, conforto, status ou suporte social. Uma vez que o preconceito providencia benefícios semelhantes, as pessoas extrínsecas têm maior probabilidade de ser preconceituosas (Herek, 1987).

Durante muitos anos, vários estudos (Allort & Ross, 1967; Batson & Ventis, 1982, entre outros, cit em Batson, Flink, Schoenrade, Fultz & Pych, 1986) apontavam para as evidências descritas em cima. Contudo, em 1978, Batson, Naifeh e Pate (cit em Batson et al. 1986) constataram que em todos os estudos sobre a relação religião – preconceito, o preconceito foi sempre medido através de questionários. Baixos resultados na variável preconceito podiam facilmente indicar ser o resultado do desejo de não parecer preconceituoso. Portanto, a correlação negativa observada entre a religião intrínseca e as medidas do questionário de preconceito podiam reflectir uma preocupação com a aparência. Assim os autores recomendaram o uso de um modelo tridimensional sobre a orientação religiosa mais compreensivo, que incluía os dois factores conceptualizados por Allport (1966 cit em Batson, Flink, Schoenrade, Fultz & Pych, 1986). Estes factores passaram a ser denominados por religião como um meio e religião como um fim, respectivamente para a orientação extrínseca e intrínseca. Foi incluído um terceiro factor chamado religião como uma

procura, ou seja, a procura de respostas para questões existenciais, que está associado a uma grande tolerância e sensibilidade às necessidades dos outros (Altemeyer & Hunsberger, 1992).

Existem vários estudos que focam a relação entre preconceito e a religião perante vários grupos estigmatizados, no entanto as conclusões tem sido ténues e contraditórias (Hunsberger, 1995 cit em Wesselmann & Graziano, 2010). Allport (1954 cit em Wesselmann & Graziano, 2010) discutiu em detalhe o paradoxo da religião e preconceito: a religião “faz o preconceito e desfaz o preconceito... Algumas pessoas dizem que a única cura para o preconceito é mais religião; algumas dizem que a única cura é abolir a religião” (p.444). Kirkpatrick (1993 cit em Wesselmann & Graziano, 2010) encontrou evidências que o fundamentalismo era o aspecto da religiosidade relacionada positivamente com uma variedade de preconceitos, como o autoritarismo e o ódio. O fundamentalismo religioso é definido como uma aproximação a um sistema religioso caracterizado por crenças de que esse sistema é infalível, não modificável, e o único caminho verdadeiro (Altemeyes & Hunsberger, 1992 cit em cit em Wesselmann & Graziano, 2010).

Segundo Altemeyer e Hunsberger (1992) existem alguns tipos de treino religioso que parecem promover o autoritarismo no individuo, e leva-os a serem mais hostis para aqueles que são considerados “estranhos” e “pecadores”, e impõe regras restritas sobre um comportamento adequado. Os autores afirmam ainda que as pessoas educadas sem religião tendem a ser menos autoritários. Assim, o autoritarismo e alguns tipos de religião parecem promover e sustentar um ao outro. Estudos Norte Americanos descobriram de forma consistente que as pessoas autoritárias tendem a levar os ensinamentos religiosos da infância para a vida adulta, e tendem a ir à igreja com mais frequência, rezam e leem escrituras mais vezes do que as outras pessoas.

Crenças Religiosas

Os teóricos cognitivistas propuseram que as perturbações psiquiátricas resultam de crenças distorcidas acerca da perigosidade de certas situações (Flannelly, Galek, Ellison & Koenig, 2010 cit em Clark, 1999). Gass (1984 cit em Hartog & Gow, 2005) postula que os Cristãos possuem um distinto conjunto de crenças e preferências relacionadas ao processo de psicoterapia. Os estudos do autor revelaram uma forte preferência dos clientes Cristãos para a consulta religiosa, em vez de secular, nos serviços de saúde mental. Tem-se também verificado que os indivíduos que experienciam *distress* psicológico têm maior probabilidade de procurar ajuda aos líderes religiosos do que a um profissional de saúde mental. Isto é resultado do suporte religioso que oferece recursos a esses indivíduos que estão indisponíveis

através de um suporte social mais geral (Fiala, Bjorck & Gorsuch, 2002 cit em Standford, 2007). A investigação mostra que o suporte religioso pode desempenhar um papel importante na recuperação da doença psiquiátrica (Yangarber-Hick, 2004 cit em Standford, 2007), mas também na sua prevenção (White et al., 2003 cit em Standford, 2007). No entanto, existem evidências que algumas comunidades religiosas tendem a promover as crenças estereotipadas sobre os profissionais de saúde, que por seu lado tem influência na adesão aos serviços de saúde mental (Nickerson, Helms & Terrel, 1994 cit em Hartog & Gow, 2005). Standford (2007) realizou um estudo que procurava aceder a atitudes comuns da igreja Cristã para com os congregados que sofrem de doenças mentais, concluindo que os participantes que procuravam aconselhamento na igreja tinham interações que eram contraproducentes com um tratamento de sucesso. Estas interações negativas pareceram ser resultado do abandono da fé por parte dos indivíduos e destes limitarem o seu envolvimento na igreja, retirando assim um potencial suporte na sua recuperação. Concluiu ainda que havia maior probabilidade que a igreja dissesse às mulheres que não sofriam de doença mental e que estas fossem desencorajadas a usar medicação psiquiátrica no seu tratamento. Ou seja, as doenças mentais das mulheres, significativamente mais do que os homens, eram rejeitadas pela igreja. As investigações também mostraram que as mulheres acreditavam, mais do que os homens, no papel da fé na cura (Mansfield, Mitchell & King, 2002 cit em Standford, 2007). Isto pode sugerir que as mulheres que frequentam a igreja também têm maior probabilidade de acreditar em explicações para as doenças mentais, como: a fé reduzida; os pecados pessoais; ou as influências demoníacas, podendo levar a um evitamento de tratamentos validados empiricamente, e limitando o seu potencial para a recuperação e colocando-as numa situação de maior risco para o suicídio (Standford, 2007). Também Penn e Link (2002, cit em Wessermann & Graziano, 2010), encontraram evidências que sugeriam que os homens, mais do que as mulheres, assumiam várias crenças seculares e eram menos abertos a aceitarem pessoas com doença mental.

Várias pesquisas indicam que muitas crenças religiosas e práticas estão associados a baixos níveis de depressão e ansiedade, e elevados níveis de afecto positivo, apesar dos resultados nem sempre serem consensuais. Crenças importantes parecem ser aquelas envolvidas na fé religiosa e confiança. No entanto, foi também sugerido que alguns factores religiosos nem sempre eram benéficos. Por exemplo, aqueles que acreditam num Deus punidor tendem a ter resultados mais pobres na saúde mental do que aqueles que acreditam num Deus benigno e apoiante. Contudo, algumas suspeições sobre os efeitos nefastos da religião nem sempre foram confirmadas. Por exemplo, foi sugerido que a religião

frequentemente alimenta a culpa, e isto pode contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade, depressão e obsessão. Há também evidências que algumas religiões encorajam ou apoiam experiências como as visões, vozes e as crenças de forças espirituais malignas. Contudo, estudos indicam que é pouco provável que a religião alimente a doença psicótica. No entanto, as vozes, visões e outras práticas exóticas religiosas podem levar à crença errada que a pessoa sofre de psicose (Loewenthal & Lewis, 2011).

Algumas crenças e práticas baseadas na religiosidade podem complementar ou entrar em conflito com as práticas da medicina e psiquiatria (Bhugra, 1992 cit em Cinnirella & Loewenthal, 1999). Por exemplo: pode-se acreditar que a depressão é impossível em indivíduos verdadeiramente religiosos, e portanto caso isso ocorra, seja negado; algumas fontes religiosas podem defender que os indivíduos devotos não devem consultar um psicoterapeuta ou um profissional semelhante uma vez que pode levar a práticas e ideias irreligiosas; os pacientes, enquanto beneficiam da ajuda de profissionais de saúde mental, podem ter estratégias de coping religiosas e crenças, no entanto não o dizem com medo de serem mal-entendidos ou serem classificados como supersticiosos (Cinnirella & Loewenthal, 1999). Cinnirella e Loewenthal (1999) entrevistaram 52 sujeitos pertencentes a diferentes grupos étnicos/religiosos, onde foram questionados acerca das suas crenças sobre as causas e os possíveis tratamentos para a depressão e esquizofrenia. Puderam concluir que os participantes, no geral, tinham tendência a acreditar que a disposição pessoal, eventos ou circunstâncias de vida stressantes, o tempo e a falta de sono podiam estar relacionados com a depressão. Ao nível de estratégias de coping com a depressão, sentiam que as práticas religiosas e as crenças podiam ajudar, no entanto havia tendência para acreditar que o suporte dos amigos e família, e a remoção do meio stressor, iria facilitar na recuperação. Nas crenças relativas à esquizofrenia poucos participantes acreditavam que a oração poderia ajudar, sendo que esta perturbação requeria ajuda profissional e que a religião era menos relevante como estratégia de coping.

Com base em alguns estudos clínicos e em observações pessoais, Wesselmann e Graziano (2010) identificaram algumas crenças religiosas, visto que existia uma ausência de trabalho empírico nesta vertente. A primeira está associada à possessão demoníaca, que muitos clínicos sugerem que pode ser uma atribuição que os indivíduos religiosos fazem à doença mental, sendo que nas comunidades católicas vários problemas psicológicos e emocionais são atribuídos a influências do “diabo” (McGuire, 1975 cit em Wesselmann & Graziano, 2010). Em 2003, um rapaz com autismo foi morto numa tentativa de exorcismo, uma vez que na sua igreja acreditava-se que sofria de possessão demoníaca (CNN, 2006 cit

em Wesselmann & Graziano, 2010). Outros trabalhos sugerem que a doença mental pode ser vista como resultado de uma vida de pecado ou como um castigo divino. Pessoas com doença mental podem ser vistas como sendo pecadoras e terem uma fraqueza espiritual ou moral (Armentrout, 2004 cit em Wesselmann & Graziano, 2010). Devido a estas crenças, é também possível que a doença mental seja vista como um castigo de Deus ou como retribuição por um pecado como para ensinar uma lição à pessoa lesada (Pargament, 1990 cit em Wesselmann & Graziano, 2010). Também as concepções das pessoas religiosas acerca da oração ou da fé podem ter um efeito nos seus pontos-de-vista sobre doença mental, uma vez que algumas pessoas podem acreditar que estes doentes não confiam na sua fé por Deus, ou não rezam de forma eficaz para se curarem (Hill, 1975 cit em Wesselmann & Graziano, 2010). Por último, as pessoas mais prováveis de acreditar que a doença mental é o resultado de um pecado ou de uma fraqueza espiritual podem ser mais cépticas em relação ao tratamento com psicólogos ou psiquiatras, ou ao uso de medicamentos ou terapias que não são baseadas nas escrituras (Barlow & Bergin, 1998 cit em Wesselmann & Graziano, 2010).

Nos seus estudos os autores puderam concluir que quanto mais os participantes assumiam as variáveis medo/perigo, zanga e controlabilidade, mais assumiam a crença de que a doença mental era resultado de comportamento imoral ou pecaminoso e que tinha causas e tratamentos orientados para a espiritualidade. Concluíram também que quanto mais os participantes assumiam ideias consistentes com o fundamentalismo religioso ou mentalidade autoritária, maior probabilidade de acreditarem que a doença mental era resultado das dimensões religiosas. Não encontraram evidências de que os participantes diferenciavam os tipos de doença mental quando assumiam as crenças religiosas, mas diferenciavam no assumir de outras crenças, como a perigosidade ou a controlabilidade (ou seja, as pessoas com esquizofrenia podiam ser percebidas como mais perigosas do que as pessoas com depressão, mas ambas eram percebidas como igualmente responsáveis pela sua doença devido a comportamentos imorais ou pecaminosos). Os participantes Católicos mostravam-se menos propensos em acreditar que a doença mental tinha causas e tratamentos orientados para a espiritualidade do que os participantes de outros grupos Cristãos. Também tinham menos propensão para acreditar que as pessoas com doença mental eram perigosas ou tinham controlo sobre a doença. A exposição a pessoas com doença mental tinha efeitos significativos no assumir das dimensões medo/perigo e moralidade/pecado. As pessoas que conheciam muito bem sujeitos com doença mental assumiam menos estas duas dimensões do que aqueles que tinham pouca ou nenhuma experiência com estas pessoas. Estes resultados suportam a ideia que ter um contacto perto e positivo com pessoas de um grupo particular que

é estigmatizado pode ser benéfico para combater o estigma (Allport, 1964 cit em Wesselmann & Graziano, 2010).

Crenças religiosas e atitudes face ao doente mental, numa amostra portuguesa

Segundo Loureiro, Dias e Aragão (2008), existe uma necessidade de realizar estudos que avaliem as crenças, atitudes e representações dos doentes e das doenças mentais, uma vez que “tem-se reproduzido indiscriminadamente imagens distorcidas das doenças do foro mental e psiquiátrico, imagens abusivas e ofensivas que sustentam mitos que tanto têm de destrutivo como de persuasivo ante as campanhas publicas de informação e sensibilização” (Wahl, 1995 cit em Loureiro et al, 2008).

Como foi descrito em cima, as pessoas religiosas têm formas particulares de perceber o mundo à sua volta, incluindo a doença mental, com base nas crenças e ensinamentos da sua religião. Foi possível verificar, através da pesquisa realizada, que existe uma carência de estudos que abordem a religião e o seu papel na sociedade. Torna-se relevante ter em consideração este factor crucial na vida de muitas pessoas para conhecer e poder incluir na prática psicoterapêutica estes conhecimentos, com o objectivo de perceber melhor o outro. É também relevante identificar as crenças e as atitudes negativas para com as pessoas que sofrem de doença mental, com o objectivo de usar essa informação em campanhas anti-estigma para uma integração mais adaptativa na nossa sociedade, uma vez que as doenças mentais “permanecem ainda associadas a estereótipos negativos e acarretam rejeição, preconceito, discriminação e exclusão social destes doentes” (Loureiro, Dias & Aragão, 2008).

Deste modo, será realizado um estudo que procura perceber de que forma os portugueses religiosos vêem a doença mental, avaliando as suas crenças religiosas e atitudes para com esta população. Para tal, foram realizadas três questões de investigação:

- 4) Como se relacionam as crenças religiosas com as atitudes face à doença mental numa amostra de sujeitos portugueses?
- 5) Qual a relação das variáveis sócio-demográficas (género, idade, escolaridade, estado civil, se conhece alguém que sofra ou tenha sofrido de doença mental) com as crenças religiosas face à doença mental?
- 6) Qual a relação das variáveis sócio-demográficas (género, idade, escolaridade, estado civil, se conhece alguém que sofra ou tenha sofrido de doença mental) com as atitudes face à doença mental?

Para responder a estas questões, serão utilizados três questionários: um primeiro onde serão recolhidos os dados sócio-demográficos; o segundo tem como objectivo estudar as atitudes da amostra face aos doentes mentais; e o ultimo procura avaliar as crenças religiosas Cristãs quanto à saúde mental.

CONCLUSÃO

O conceito de doença mental tem sofrido modificações ao longo das décadas. Contudo, existem evidências que crenças associadas ao passado ainda predominam em culturas e sociedades modernas. O doente mental ainda é visto como perigoso e imprevisível, sendo portanto relevante identificar as várias crenças com o intuito de construir campanhas de sensibilização eficazes, de forma a minimizar a estigmatização e preconceito que estas pessoas são alvo. São muitos os estudos que focam o impacto deste tipo de fenómenos na vida das pessoas: desde a escassa oferta de trabalho; a baixa qualidade de vida; baixa auto-estima; entre outras. Milheiro (2003 cit em Loureiro et al., 2008) sugere formas de combate ao estigma como a utilização de estratégias de denuncia de forma a reduzir o estigma e a discriminação dos doentes mentais, aumentar a frequência de contacto com o doentes, de forma a desafiar as concepções sociais que já estão construídas e, planos educacionais. Uma outra área de intervenção são os *mass media* “responsáveis pela propagação de informação errada, ofensiva e lesiva, tanto das doenças como da dignidade dos doentes” (Whal, 1995 cit em Loureiro et al., 2008).

A religião é uma força motivacional de muitas pessoas, no entanto existem muitas evidências que esta está fortemente ligada ao preconceito. Ao longo da história, existe um encontrar destes dois conceitos: religião e doença mental. Durante muitas décadas a percepção de doença mental foi moldada pelas crenças religiosas, sendo que em períodos da história foi benéfico, noutros períodos não. Torna-se assim relevante identificar qual o papel destas crenças no modo de pensar e agir das pessoas religiosas face ao doente mental.

Muitos psiquiatras transculturais e psicólogos acham importante incorporar as crenças dos pacientes sobre a causa das suas perturbações nos planos de tratamento. Independentemente de qualquer cepticismo pessoal, um conhecimento pós-moderno e respeitoso da validade de quadros explicativos alternativos podem ser essenciais para o progresso terapêutico (Cook et al., 2009 cit em Loewenthal & Lewis, 2011).

BIBLIOGRAFIA

- Abdullah, T. & Brown, T. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31.
- Altemeyer, B. & Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, Religious Fundamentalism, Quest, and Prejudice. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 2(2), 113-133.
- Balhara, Y. & Yadav, T. (2012). A Comparative Study of Beliefs, Attitudes and Behaviour of Psychiatric Patients and their Care givers with Regards to Magico-religious and Supernatural Influences. *Journal of Medical Science*, 12(1), 10-17.
- Batson, C., Flink, C., Schoenrade, P., Fultz, J. & Pych, V. (1986). Religious Orientation and Overt Versus Covert Racial Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(1), 175-181.
- Cinnirella, M. & Loewenthal, K. (1999). Religious and ethnic group influences on beliefs about mental illness: A quantitative interview study. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 505-524.
- Corrigan, P. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67.
- Corrigan, P. (2005). *On the Stigma of Mental Illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P., Thompson, V., Lambert, D., Sangster, Y., Noel, J. & Campbell, J. (2003). Perceptions of Discrimination Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 54(8), 1105-1110.
- Flannelly, K., Galek, K., Ellison, C. & Koenig, H. (2010). Beliefs about God, Psychiatric Symptoms, and Evolutionary Psychiatry. *Journal of Religion and Health*, 49, 246-261.
- Gameiro, A. (1978). *Psicopatologia e Saúde Mental – Guia Prático sobre Saúde Mental, Perturbações psíquicas, Prevenção, Internamento e Reabilitação*. Porto: Edições Salesianas
- Hartog, K. & Gow, K. (2005). Religious attributions pertaining to the causes and cures of mental illness. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(4), 263-276.

- Herek, G. (1987). Religious Orientation and Prejudice: A Comparison of Racial and Sexual Attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13(1), 34-44.
- Koenig, H. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Link, B., Phelan, J., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B. (1999). Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Loewenthal, K. & Lewis, A. (2011). Mental health, religion and culture. *The Psychologist. British Psychological Society*, 24, 256-259.
- Loureiro, L., Dias, C. & Aragão, R. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e doentes mentais. Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referência*, 8, 33-44.
- Macavei, B. & Miclea, M. (2008). An Empirical Investigation of the Relationship Between Religious Beliefs, Irrational Beliefs, and Negative Emotions. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(1), 1-16.
- Marques, E. (2003). **Da Loucura à Doença Mental. Da Doença Mental à Inimputabilidade – Avaliação de Doentes Esquizofrénicos Inimputáveis Internados numa Clínica Psiquiátrica em Meio Prisional.** ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Tese de Mestrado
- Standford, M. (2007). Demon or disorder: A survey of attitudes toward mental illness in the Christian church. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(5), 445-449.
- Wesselmann, E. & Graziano, W. (2012). Sinful and/or Possessed? Religious Beliefs and Mental Illness Stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (4), 402-437

**ANEXO B – CONSENTIMENTO INFORMADO E INSTRUMENTOS DE RECOLHA
DE DADOS**

Consentimento Informado

Sou aluna do Mestrado de Psicologia Clínica do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA-IU). O objetivo desta investigação é avaliar a influência das crenças religiosas em relação à doença mental.

A sua participação é totalmente voluntária, não existindo qualquer tipo de consequência caso não queira participar ou mesmo desistir no decorrer da recolha de informações. Contudo, a sua participação é fundamental.

Todos os dados recolhidos serão totalmente confidenciais, e destinam-se unicamente a tratamento estatístico neste estudo.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas é importante a sua opinião. Agradecemos que responda da forma mais sincera possível.

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar e dar a sua importante contribuição.

Sim, aceito participar nesta investigação.

____/____/2012

(Rubrica do participante)

(A Investigadora)

Questionário Sociodemográfico

1. **Género:** Feminino Masculino

2. **Idade:** ____

3. **Nível de escolaridade:** _____

4. **Profissão:** _____

5. **Estado Civil:**

Solteiro(a) Casado(a) / União de Facto Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado (a)

6. **Nacionalidade:** _____ 7. **Naturalidade:** _____

8. **Raça/Etnia:** _____

9. **Conhece alguém que sofra ou tenha sofrido de doença mental?**

Sim Não

10. **Se respondeu afirmativamente, qual o grau de relacionamento:**

Eu próprio Conhecido Amigo Familiar
Grau de parentesco _____

11. **Qual a patologia mental que sofre/ sofria:**

Perturbação Autista Perturbação de Hiperatividade

Demência do tipo Alzheimer Perturbação Depressiva

Perturbação Bipolar Perturbação Psicótica

Esquizofrenia Perturbação de Ansiedade

Perturbação Obsessivo-Compulsiva

Perturbação Pós-Stress Traumático

Perturbação do Comportamento Alimentar

Perturbação Paranóide da Personalidade

Perturbação Estado-Limite da Personalidade

Perturbação Narcísica da Personalidade

Outro: _____

12. Segue ou acredita em alguma Religião:

Cristã:

Católico Protestante Ortodoxo Evangélica

Outra: _____

13. Se respondeu afirmativamente, diga-nos há quanto tempo:

Desde sempre Há ___ ano(s)

14. Com que frequência vai a uma igreja, templo ou outro local religioso?

Mais do que uma vez por semana

Uma vez por semana

Duas ou três vezes por mês

Algumas vezes por ano

Uma vez por ano ou menos

Nunca

15. Participa em alguma atividade ligada à igreja ou religião?

Sim Qual? _____

Não

16. Com que frequência dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

Mais do que uma vez por dia

Diariamente

Duas ou mais vezes por semana

Uma vez por semana

Poucas vezes por mês

Raramente ou nunca

ESCALA DE OPINIÕES SOBRE A DOENÇA MENTAL

O questionário que apresentamos diz respeito a opiniões ou ideias sobre a doença mental e quem dela sofre. Quando falamos de doença mental, estamos a falar de um tipo de doença que leva os doentes aos hospitais psiquiátricos.

Concordo Completamente	Concordo	Concordo Moderadamente	Discordo Moderadamente	Discordo	Discordo Completamente
1	2	3	4	5	6

São apresentadas várias afirmações e cada uma delas é acompanhada de **seis opções** de escolha, de acordo com a **grelha apresentada acima**. Por favor **selecione** com um **círculo (O)** o número correspondente à resposta que para si é mais adequada. Não existem respostas certas ou erradas, estamos interessados apenas na sua opinião. É **muito importante** que **responda a todos os itens**.

1. O esgotamento nervoso é uma consequência normal nas pessoas que trabalham demasiado.

1 2 3 4 5 6

2. A doença mental é igual a outra doença qualquer.

1 2 3 4 5 6

3. Muitos dos doentes que estão nos hospitais psiquiátricos não são perigosos.

1 2 3 4 5 6

4. Quando os doentes saem dos hospitais psiquiátricos, apesar de parecerem bem, não devem ser autorizados a casar.

1 2 3 4 5 6

5. Se os pais amassem mais os seus filhos, haveria menos doenças mentais.

1 2 3 4 5 6

6. É fácil reconhecer alguém que já teve uma doença mental grave.

1 2 3 4 5 6

7. Pessoas que são doentes mentais deixam que as suas emoções os controlem enquanto as pessoas normais pensam antes nas coisas.

1 2 3 4 5 6

8. Pessoas que já foram doentes num hospital psiquiátrico não são mais perigosas que a média dos cidadãos.

1 2 3 4 5 6

9. Quando uma pessoa tem um problema ou uma preocupação é bom pensar nisso, mas deve manter-se ocupada com pensamentos mais agradáveis.

1 2 3 4 5 6

10. Apesar de não se aperceberem disso, muitas pessoas tornam-se doentes mentais para evitar problemas difíceis da vida do dia-a-dia.

1 2 3 4 5 6

11. Existe algo nos doentes mentais que os torna mais fácil de distinguir das pessoas normais.

1 2 3 4 5 6

12. Mesmo que os doentes nos hospitais psiquiátricos se comportem de forma engraçada, é errado rimo- nos deles.	1	2	3	4	5	6
13. Muitos dos doentes mentais têm vontade de trabalhar.	1	2	3	4	5	6
14. Os filhos pequenos dos doentes que estão em hospitais psiquiátricos não devem ser autorizados a visitá-los.	1	2	3	4	5	6
15. Pessoas que são bem-sucedidas no seu trabalho raramente se tornam doentes mentais.	1	2	3	4	5	6
16. As pessoas não se tornam doentes mentais se evitarem os maus pensamentos.	1	2	3	4	5	6
17. Os doentes dos hospitais psiquiátricos comportam-se em muitas alturas como crianças.	1	2	3	4	5	6
18. Deveria ser gasto mais dinheiro dos impostos no cuidado e tratamento de pessoas com uma doença mental grave.	1	2	3	4	5	6
19. Um doente com problemas cardíacos só tem uma coisa errada nele, enquanto um doente mental é completamente diferente dos outros doentes.	1	2	3	4	5	6
20. Os doentes mentais vêm de casas onde os seus pais mostraram pouco interesse pelos seus filhos.	1	2	3	4	5	6
21. Pessoas que têm uma doença mental não devem ser tratadas no mesmo hospital das pessoas com uma doença física.	1	2	3	4	5	6
22. Qualquer pessoa que se tenta curar merece o respeito dos outros.	1	2	3	4	5	6
23. Se os nossos hospitais tivessem médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde melhor treinados, muitos dos doentes melhoravam mais rapidamente de modo a poderem viver fora do hospital.	1	2	3	4	5	6
24. Uma mulher será inconsciente se casar um homem que tenha tido uma doença mental grave, mesmo que este pareça totalmente recuperado.	1	2	3	4	5	6
25. Se os filhos de doentes mentais forem criados por pais normais, eles não se tornam doentes mentais.	1	2	3	4	5	6
26. Pessoas que se tornam doentes de hospitais psiquiátricos nunca mais voltarão a ser os mesmos que eram.	1	2	3	4	5	6
27. Muitos doentes mentais são capazes de trabalhar, não obstante de em muitas áreas terem graves distúrbios mentais.	1	2	3	4	5	6
28. Os nossos hospitais psiquiátricos parecem mais prisões do que lugares onde os doentes mentais podem ser tratados.	1	2	3	4	5	6

29. Qualquer pessoa que está num hospital psiquiátrico não deve ser autorizada a votar.	1	2	3	4	5	6
30. A doença mental de muitas pessoas é causada pela separação/ divórcio dos seus pais durante a infância.	1	2	3	4	5	6
31. A melhor forma de lidar com os doentes nos hospitais psiquiátricos é mantê-los atrás de portas trancadas.	1	2	3	4	5	6
32. Tornar-se doente num hospital psiquiátrico é tornar-se um fracasso na vida.	1	2	3	4	5	6
33. Os doentes nos hospitais psiquiátricos devem ter direito a mais privacidade.	1	2	3	4	5	6
34. Se um doente num hospital psiquiátrico atacar alguém, deve ser punido, para não o voltar a fazer.	1	2	3	4	5	6
35. Se os filhos de pais normais forem criados por doentes mentais, eles tornar-se-ão provavelmente doentes mentais.	1	2	3	4	5	6
36. Todos os hospitais psiquiátricos devem ser rodeados por cercas altas e guardas.	1	2	3	4	5	6
37. A lei deve autorizar a mulher a divorciar-se do seu marido logo que este seja internado num hospital psiquiátrico com uma doença mental grave.	1	2	3	4	5	6
38. Pessoas que sejam incapazes de trabalhar por causa da sua doença mental devem receber dinheiro para as suas despesas.	1	2	3	4	5	6
39. A doença mental é normalmente causada por alguma doença do sistema nervoso.	1	2	3	4	5	6
40. Doentes com uma grave doença mental já não são completamente humanos.	1	2	3	4	5	6
41. Muitas mulheres que em tempos foram doentes num hospital psiquiátrico podem ser confiáveis como amas.	1	2	3	4	5	6
42. Muitos doentes nos hospitais psiquiátricos não cuidam do seu aspeto.	1	2	3	4	5	6
43. Os professores têm maior probabilidade de se tornarem doentes mentais do que os homens de negócios.	1	2	3	4	5	6
44. Muitas pessoas que nunca foram internadas em hospitais psiquiátricos são mais doentes mentais do que muitos doentes mentais hospitalizados.	1	2	3	4	5	6
45. Apesar de que alguns doentes poderem parecer bem, é perigoso esquecermo-nos por um momento que eles são doentes mentais.	1	2	3	4	5	6

46. Por vezes a doença mental é uma punição por maus atos.						
1	2	3	4	5	6	
47. Os nossos hospitais psiquiátricos devem ser organizados de forma a que o doente sinta o mais possível que está a viver como se estivesse em casa.						
1	2	3	4	5	6	
48. Uma das muitas causas da doença mental é a falta de força de vontade.						
1	2	3	4	5	6	
49. Existe pouco que se possa fazer pelos doentes dos hospitais psiquiátricos, exceto que eles estejam confortáveis e bem alimentados.						
1	2	3	4	5	6	
50. Muitos doentes mentais devem permanecer nos hospitais até estarem bem, mesmo que as portas sejam abertas.						
1	2	3	4	5	6	
51. Todos os doentes nos hospitais psiquiátricos deveriam ser impedidos de ter filhos através de uma operação sem dor.						
1	2	3	4	5	6	

Por Favor confirme que respondeu a todos os itens.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

CRENÇAS RELIGIOSAS SOBRE A DOENÇA MENTAL

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente as afirmações que se seguem. Não existem respostas certas nem erradas. Certifique-se que respondeu a todos os itens assinalando com uma cruz (X) no número que melhor a descreve para cada situação, segundo a seguinte escala:

<i>Discordo Completamente</i>			<i>Não concordo Nem Discordo</i>			<i>Concordo Completamente</i>		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

1. A fraqueza moral é a principal causa da doença mental	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. As pessoas que sofrem de doenças mentais não vão aos seus locais de culto as vezes suficientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. As doenças mentais resultam de um estilo de vida imoral ou pecaminoso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. As pessoas sofrem de doenças mentais porque não estão arrependidos dos seus pecados.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Uma pessoa que sofre de uma doença mental não se apoia na sua fé como deveria.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Uma pessoa que sofre de uma doença mental não reza o suficiente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. As pessoas têm doenças mentais porque alguém pecou contra elas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. As doenças mentais são o resultado do Pecado Original.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. A relação da pessoa com Deus não tem nada a ver com o facto de sofrerem de uma doença mental.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Deus não tem nenhum problema com as pessoas que usam medicação para tratar as doenças mentais.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. É antiquado pensar que uma pessoa que sofre de uma doença mental está a ser punida por Deus.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. As doenças mentais não são diferentes de doenças físicas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Os demónios não são responsáveis por causar os sintomas da doença mental.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Em comparação com um padre/pastor, um psicoterapeuta seria mais eficaz na ajuda a uma pessoa que sofresse de doença mental.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. Pessoas que sofrem de doenças mentais estão a ser atormentadas pelo Diabo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. As doenças mentais devem ser curadas por pessoas que rezem pela pessoa que tem a doença.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. A oração não é a única maneira de estabilizar uma doença mental.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. A cura de Deus é tudo o que uma pessoa que sofre de uma doença mental precisa e nada mais deve ser invocado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. É supersticioso acreditar que um a pessoa que sofre de uma doença mental é possuído por demónios.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20. As doenças mentais não têm nada a ver com pecados não arrependidos de uma pessoa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21. É errado pensar que pessoas que sofrem de uma doença mental simplesmente precisam de ler mais as escrituras (livros sagrados).	1	2	3	4	5	6	7	8	9

ANEXO C

Quadro 1 – Pesos próprios

	Factor		Factor (Wesselmann & Graziano, 2012)	
	1	2	1	2
CRDM4	0,799		,074	0,10
CRDM6	0,798		0,69	0,07
CRDM5	0,720		0,72	0,01
CRDM7	0,667		0,63	-0,05
CEDM3	0,657		0,75	0,02
CRDM2	0,655		0,78	-0,02
CRDM16	0,582		0,07	0,47
CRDM8	0,517		0,45	0,24
CRDM15	0,499	-0,359	0,34	0,53
CRDM18	0,488		0,24	0,45
CRDM1	0,456		0,84	-0,21
CRDM12			-0,11	-0,08
CRDM11		0,770	0,25	0,25
CRDM13		0,744	0,15	0,59
CRDM9		0,479	0,40	0,24
CRDM10		0,471	0,33	0,12
CRDM21	-0,304	0,459	0,13	0,24
CRDM20	-0,345	0,455	0,15	0,37
CRDM19		0,420	0,05	0,44
CRDM14		0,397	-0,18	0,55
CRDM17			-0,08	0,46

Quadro 1: Validade de conteúdo da escala Crenças Religiosas acerca da Doença Mental: Comparação com o estudo original de Wesselmann & Graziano.

ANEXO D

Quadro 2 – Consistência interna: Crenças

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Moralidade/Pecado	0,734	7
Causas Orientadas para a Espiritualidade	0,639	7

Quadro 2: Consistência Interna da escala Crenças Religiosas acerca da Doença Mental

ANEXO E

Quadro 3 – Consistência interna: Atitudes

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Autoritarismo	0,735	11
Benevolência	0,610	14
Ideologia	0,710	14
Restrição	0,671	9
Etiologia	0,732	7

Quadro 3: Consistência Interna da escala Opiniões sobre a Doença Mental