



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

GONÇALO DOS SANTOS DURO VARELA RODRIGUES

Estigma associado à doença mental nos estudantes de Medicina

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:

ANA TELMA FERNANDES PEREIRA

CAROLINA SAMPAIO MEDA CABAÇOS

ABRIL/2024

***Estigma associado à doença mental nos estudantes de
Medicina***

Gonçalo dos Santos Duro Varela Rodrigues

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço eletrónico: goncalovarela45@gmail.com

Dr.ª Carolina Sampaio Meda Cabaços

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Endereço eletrónico: csm.cabacos@gmail.com

Dr.ª Ana Telma Fernandes Pereira

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Endereço eletrónico: apereira@fmed.uc.pt

Índice

Lista de Abreviaturas	5
Resumo.....	6
Abstract.....	8
Introdução	10
Materiais e Métodos	12
Procedimentos e participantes.....	12
Variáveis e medidas.....	12
Contacto e familiaridade com doença mental	13
Conhecimento acerca de saúde mental.....	15
Variáveis psicométricas	15
Análise Estatística	16
Resultados	16
1. Análise Descritiva.....	16
2. Análise comparativa.....	18
2.1 Estigma e variáveis sociodemográficas	19
2.2 Estigma e variáveis clínicas	19
2.3 Estigma e proximidade com pessoa com doença mental.....	19
2.4 Estigma e grau de conhecimento subjetivo	20
2.5 Estigma e atitudes face a pessoas com doença mental	20
3. Estigma e traços pró-sociais – empatia e altruísmo	21
Discussão.....	22
Conclusão	24
Referências Bibliográficas	25
ANEXOS	29

Lista de Abreviaturas

EADM	Estigma associado à doença mental
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
EPOPSM	Estágio programado e orientado de Psiquiatria e Saúde Mental
HM	História Médica
HPPLV	história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida
POC	Perturbação Obsessiva Compulsiva
MICA-2	Mental Illness Clinicians Attitudes Scale- medical student version
QET-PRO	Escala de Comportamento Pró-Social de Toronto e de Coimbra
M	Média
Md	Mediana
SPSS	Statistical Package for Social Science
VS	Versus

Resumo

Introdução: O estigma, uma característica inata da natureza humana, representa uma forma complexa de categorização que reduz uma pessoa a uma versão impura de si mesma e que se manifesta através do preconceito, estereótipo e discriminação. Esse fenómeno afeta especialmente pessoas com doença mental, resultando num menor acesso aos cuidados de saúde e conseqüente redução da qualidade de vida. Os profissionais de saúde também partilham desse estigma, impactando negativamente o tratamento tornando essencial a redução do estigma associado à para melhorar o tratamento e prognóstico.

Objetivo: Explorar os níveis de estigma e potenciais correlatos psicossociais e sociodemográficos nos estudantes de Medicina da FMUC.

Material e Métodos: Estudo observacional e transversal com 104 participantes (77.9% do sexo feminino) dos quais 61.5% frequentam o 6º ano. Foram recrutados através das redes sociais e preencheram um conjunto de questionários de autorrelato que contemplavam questões relacionadas com proximidade com a doença mental; vinhetas clínicas de doença mental; e os instrumentos MICA-2 e QET-PRO validados para a população portuguesa. Utilizaram-se testes paramétricos para comparar pontuações médias entre grupos e para análises de correlação e regressão linear.

Resultados: A maioria (80.8%, n=84) dos participantes afirmou conhecer alguém com doença mental das quais 58.7% (n=61) classificaram o contacto com essa pessoa como agradável. A maioria dos participantes afirmou também possuir um conhecimento sobre doença mental bom ou muito bom. A vertente objetiva deste objetivo foi avaliada através da resposta acertada à patologia correspondente às vinhetas clínicas com a totalidade dos participantes a identificar corretamente as patologias. Os níveis de EADM foram estatisticamente significativos nos participantes do sexo feminino vs. os do sexo masculino, nos que afirmaram possuir HPPLV vs. os que não possuíam, e ainda nos participantes que demonstraram conforto perante as diversas patologias identificadas nas vinhetas vs. os que se sentiriam desconfortáveis em contacto com essas pessoas. Por último também houve uma relação estatisticamente significativa de sentido inverso entre os valores globais dos fatores psicossociais e os níveis de estigma.

Conclusão: O estudo não permitiu formar conclusões sobre as mudanças nos níveis de estigma entre estudantes de medicina na FMUC. No entanto, evidenciou que a experiência pessoal com doença mental pode superar, em certa medida, a educação teórica e/ou prática na redução do estigma associado. Estudos adicionais, com amostras maiores e análises prospetivas, podem eventualmente confirmar uma diminuição significativa do estigma ao

longo do curso de Medicina. Implementar programas anti estigma mais cedo na formação acadêmica pode ser uma estratégia eficaz para reduzir a estigmatização e aumentar a aceitação de novos paradigmas sobre doenças psiquiátricas, especialmente entre os médicos em formação.

Palavras-Chave: estigma, doença mental, estudantes de medicina

Abstract

Introduction: The stigma, an innate characteristic of human nature, represents a complex form of categorization that reduces a person to an impure version of themselves and manifests through prejudice, stereotype, and discrimination. This phenomenon particularly affects individuals with mental illness, resulting in reduced access to healthcare and consequent lower quality of life. Healthcare professionals also share this stigma, negatively impacting treatment, making it essential to reduce the stigma associated with mental illness to improve treatment and prognosis.

Objective: Explore the levels of stigma and potential psychosocial and sociodemographic correlates among medical students at FMUC.

Material and Methods: Observational and cross-sectional study involving 104 participants (77.9% female), of whom 61.5% are in the 6th year. Recruitment was done through social media, and participants completed a set of self-report questionnaires addressing issues related to proximity to mental illness, clinical vignettes of mental illness, and validated Portuguese versions of MICA-2 and QET-PRO instruments. Parametric tests were used to compare mean scores between groups and for correlation and linear regression analyses.

Results: The majority (80.8%, n=84) of participants reported knowing someone with mental illness, of whom 58.7% (n=61) classified their contact with that person as pleasant. Most participants also reported having good or very good knowledge about mental illness. The objective aspect of this goal was assessed by the correct response to the pathology corresponding to the clinical vignettes, with all participants correctly identifying the pathologies. Levels of stigma associated with mental illness were statistically significant among female participants compared to male participants, those who reported having good mental health literacy compared to those who did not, and participants who demonstrated comfort with the various pathologies identified in the vignettes compared to those who would feel uncomfortable in contact with those individuals. Lastly, there was also a statistically significant inverse relationship between overall psychosocial factor scores and levels of stigma.

Conclusion: This study did not conclude on changes in stigma levels among medical students at FMUC. However, it demonstrated that personal experience with mental illness can, to some extent, surpass theoretical and/or practical education in reducing associated stigma. Additional studies with larger samples and prospective analyses may eventually confirm a significant decrease in stigma over the course of medical education. Implementing anti-stigma programs

earlier in academic training could be an effective strategy to reduce stigmatization and increase acceptance of new paradigms about psychiatric disorders, especially among medical trainees.

Keywords: stigma, mental illness, medical students

Introdução

A categorização e conseqüente segregação são elementos da natureza humana.¹ O estigma é uma forma mais complexa de categorização, embora universal, referindo-se a qualquer característica que reduza alguém na nossa ótica de uma pessoa normal e completa para uma versão de si mesma mais reduzida e impura.²

Os principais componentes do estigma são: o preconceito, que consiste na aceitação e concordância de um determinado estereótipo que por sua vez se trata de uma opinião quase inabalável sobre as características de uma pessoa. Estes dois conceitos estão intimamente relacionados e na sua seqüência surge a discriminação sob a forma de comportamentos injustos perante o alvo estigmatizado.³

O estigma pode ser dividido em diferentes subgrupos: estigma social que varia consoante o enaltecimento do preconceito e conseqüente discriminação por parte da sociedade, estigma estrutural que depende de políticas criadas quer no setor público quer privado que, sem intenção, são mais restritivas para as minorias, autoestigma, onde uma pessoa incluída num grupo estigmatizado se mentaliza dos estereótipos sociais e aplica-os a si mesma e o estigma de cortesia que é sentido por pessoas que tenham um contacto mais direto com determinado grupo estigmatizado.⁴

Os distúrbios mentais e neurológicos são uma das principais causas de doença e incapacidade a nível global.⁵ Cerca de uma em cada quatro pessoas estão afetadas⁶ e com tendência a que a sua incidência aumente nos anos que se seguem.^{5,6} Apesar disso, somente um terço das pessoas tem acesso a cuidados de saúde.⁶ Existem diversos motivos para que tal aconteça, mas sem dúvida que o estigma e a discriminação são os que desempenham um papel crucial na reduzida procura por cuidados de saúde.⁶⁻¹¹

Já foi comprovado que as pessoas com doença mental são dos grupos mais estigmatizados mundialmente.^{9,10,12,13} Tal acontece não só pelo facto de estes doentes terem tendência a ser categorizados como potencialmente agressivos e perigosos,^{8,9} assim como as crenças relativamente à cronicidade da doença¹⁴ e com prognóstico reservado e tratamento pouco eficaz.^{11,15-17}

Para além destas atitudes negativas interferirem com o nível de cuidados prestados, também impactuam a qualidade de vida das pessoas afetadas^{18,19} o que as previne de atingir uma integração normal na sociedade afetando o acesso a educação, empregabilidade e relações interpessoais.^{10,18,}

Esta situação é agravada pelo facto de os próprios profissionais de saúde partilharem este estigma, havendo estudos recentes que o comprovam,^{9-11,14,21,22} sendo que em alguns deles é também relatado que os próprios Psiquiatras têm tendência a ter mais atitudes

estigmatizantes que os restantes colegas de profissão e de ambiente hospitalar²¹ o que pode resultar num “diagnostic overshadowing” pela atribuição errónea de sintomas a doenças mentais ao invés de doenças somáticas o que leva a que os doentes psiquiátricos sejam privados do tratamento adequado.²³ Por exemplo, pessoas com doença mental têm menor incidência de revascularização coronária, admissão hospitalar por diabetes não controlada e de medição parâmetros vitais.²⁴⁻²⁶

Tudo isto culmina numa redução considerável da esperança média de vida dos doentes psiquiátricos, sendo que globalmente esta diminuição é em média de cerca de 10 anos,²⁷ podendo atingir os 15 a 20 anos em certas classes demográficas (adultos de classe alta no norte da Europa,²⁸ a título de exemplo). Embora algum deste excesso de morbilidade e mortalidade possa ser explicado por uma maior prevalência de fatores de risco como a obesidade²⁹ e o consumo de tabaco³⁰ assim como iatrogenia medicamentosa e um aumento da taxa de suicídio, não é de desvalorizar a menor procura por cuidados de saúde tal como a desigualdade diagnóstica e terapêutica por parte dos profissionais de saúde.³¹

É fulcral reduzir o estigma associado à doença mental (EADM) para que se alcancem mudanças positivas na aceitação, tratamento e melhoria de prognóstico global das doenças psiquiátricas.⁶ Para tal, devem ser implementados programas anti estigma nas escolas médicas, dado se acreditar que as atitudes perante a doença mental são moldadas durante a formação médica, surgindo assim uma oportunidade única de intervenção e prevenção de estigma,^{9,17,22} não esquecendo a velha máxima de que os estudantes de hoje são os médicos do futuro.^{17,22}

Já foram realizados diversos estudos para investigar o impacto dos estágios clínicos na perspetiva que os estudantes de medicina assumem perante a doença mental, mas os resultados obtidos foram controversos^{9,14,32} havendo relatos de melhoria da atitude perante a doença mental enquanto outros demonstraram um agravamento da estigmatização. Investigações realizadas “*a posteriori*” formularam a hipótese de que as crenças perante a doença mental podem ser dependentes de diversos fatores como diferenças socioculturais^{8,11,32} e o grau de contacto com doentes psiquiátricos.¹³ A atitude dos respetivos tutores nos estágios também foi indiciada como um fator de relevo no desenvolvimento de estigma.^{9,14}

Os objetivos deste estudo são:

1. Explorar os níveis de estigma associado à doença mental em estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) do 4º ano (quando têm a

unidade curricular de Psiquiatria) e do 6º ano (quando têm o Estágio programado e orientado de Psiquiatria e Saúde Mental (EOPSM));

2. Explorar potenciais correlatos sociodemográficos e psicossociais do estigma associado à doença mental em estudantes de Medicina.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal, correlacional e exploratório, inserido no projeto “StigMed” com aprovação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Procedimentos e participantes

Os participantes foram estudantes da FMUC no início da frequência da Unidade Curricular de Neurociências e Saúde Mental do quarto ano (n=40, 38.5%) ou do Estágio programado e orientado de Psiquiatria e Saúde Mental (EOPSM) do sexto ano (n=64, 61.5%).

Ou seja, os estudantes incluídos neste estudo são os que assinalaram a opção “Estudante do 4º ano que **ainda não frequentou** a unidade curricular de Neurociências e Saúde Mental” ou “Estudante do 6º ano que **ainda não frequentou** o estágio de Saúde Mental” à questão sobre o estado em relação à Unidade Curricular de Saúde Mental (4º ano) / ao EOPSM (6º ano).

Após serem informados do propósito do estudo, de aceitarem a sua participação de forma voluntária e de darem o seu consentimento informado, responderam a um inquérito em formato digital (Google Forms), divulgados pelos docentes/tutores das aulas/estágios no início dos mesmos, bem como através das comissões de curso do 4º e do 6º ano e das suas redes sociais internas.

Participaram no estudo 104 estudantes, representando uma amostra de conveniência recolhida nos períodos de 6 de fevereiro a 17 de abril de 2023 (2º semestre do ano letivo 2022/2023) e de 13 de setembro a 3 de dezembro de 2023 (1º semestre do ano letivo 2023/2024). A maioria é do sexo feminino (77.9%, n=81), de nacionalidade portuguesa (95.2%, n=99; outras nacionalidades referidas foram: Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Itália e Suíça) e estava na faixa etária dos 21 aos 24 anos (78.8%, n=82).

A idade média era de 23,30 (Desvio padrão=2,352).

Variáveis e medidas

Além das variáveis sociodemográficas (género, idade e ano do curso), foram também avaliadas variáveis clínicas (História médica/HM e história de perturbação psiquiátrica ao longo da vida/HPPLV), relativas ao grau de contacto e familiaridade com pessoas com doença mental, ao grau de conhecimento sobre doença mental (subjeto e objetivo), a atitudes face

a pessoas com doença mental e variáveis psicológicas (estigma relacionado com doença mental e traços pró-sociais - empatia e altruísmo) (anexo I).

Variáveis clínicas: História médica; História de perturbação psicológica/psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV).

a. História Médica (HM)

Para obter informação relativa à HM atual e passada, foram usadas as questões:

“Atualmente/no passado, sofre/sofreu de alguma doença diagnosticada pelo médico?”.

b. História de perturbação psiquiátrica ao longo da vida (HPPLV)

Para avaliar esta variável, começou-se pela questão: “Alguma vez teve outro problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?”. Caso a resposta fosse afirmativa, seguiam-se três perguntas de resposta dicotómica (sim ou não): “Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?”; “Alguma vez teve um período em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas?”; “Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?”.

Foi considerado que o participante tinha HPPLV quando assinalava resposta afirmativa quanto à procura de ajuda profissional devido a problemas psicológicos ou psiquiátricos e/ou à com necessidade de tomar medicação para esses problemas e/ou à incapacidade.

Ainda dentro desta secção, questionava-se se, no último ano tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos (sim ou não), como forma de operacionalizar a presença deste tipo de condição no momento atual.

Contacto e familiaridade com doença mental

Para avaliar o grau de contacto e familiaridade com pessoas com doença mental, os participantes foram questionados se conheciam alguém com doença mental, e, se sim, foram solicitados a dar mais informação relativa à relação com essa pessoa (em casos de múltiplos casos conhecidos deveriam eram instruídos a referir-se àquele/a que considerassem mais significativo para eles), nomeadamente:

- Tipo de relação que tem com a(s) pessoas(s) que conhece que sofreu ou já tenha(m) sofrido de doença mental, com as seguintes opções de resposta:

1- Cônjuge (esposo/a, companheiro/a, namorado/a)

2- Familiar de 1º grau pertencente ao agregado familiar

3- Familiar de 1º grau não pertencente ao agregado

4- Familiar não pertencente ao agregado

5-amigo de círculo próximo

6-amigo esporádico

7-colega da mesma turma

- Distância temporal do primeiro contacto com a pessoa,

1- Há <5 anos

2- Entre 5 e 10 anos

3- Há >10 anos

- Frequência de convívio com a pessoa,

4- Constantemente

3- Muitas vezes

2- Algumas vezes

1- Raramente

0- Nunca

- Atitude no contacto com a pessoa

1- Evito ao máximo abordar o assunto

2- Envolve-me apenas se for solicitado

3- Procuo fazer todos os possíveis para ajudar

- Perceção do contacto com essa pessoa

2- Agradável

1- Desagradável

0- Neutro

Conhecimento acerca de saúde mental

Para aferir o conhecimento acerca de saúde mental, foi-lhes solicitada a sua percepção subjetiva, com uma escala de resposta de cinco pontos, que podia ir de “mau” a “excelente”. Com o intuito de objetivar esse conhecimento foram apresentadas três vinhetas clínicas cada uma ilustrando uma patologia diferente: Esquizofrenia, Depressão Major e Perturbação Obsessiva Compulsiva (POC), com três opções de resposta, das quais apenas uma estava correta (anexo II). Para além disso, tiveram de responder recorrendo à patologia identificada na vinheta às seguintes questões:

“Em qual destes casos recomendaria procurar ajuda de um psiquiatra?”

“Qual destes terá de fazer medicação psiquiátrica para toda a vida?”

“Junto de qual iria sentir-se mais desconfortável?”

“Qual destes poderia ser médico no futuro?”

“Enquanto médico, qual destes preferia ter de tratar?”

“Qual destes poderia ser seu/sua amigo(a)?”

Variáveis psicométricas

Para avaliação das variáveis psicométricas (estigma e traços pró-sociais) foram utilizados dois questionários traduzidos e validados para a população portuguesa (anexo III):

Mental Illness Clinicians Attitudes Scale- medical student version (MICA-2):^{19,33}

O questionário MICA-2 é um inquérito composto por 16 itens, desenvolvido para avaliar as atitudes dos estudantes de medicina em relação aos doentes psiquiátricos. A cada item, os estudantes respondem numa escala de Likert de 6 pontos, variando de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, sendo que uma pontuação total elevada representa atitudes mais estigmatizantes relativamente à doença mental e à psiquiatria.

Escala de Comportamento Pró-Social de Toronto e de Coimbra: QET-PRO:³⁴

O QET-PRO é uma escala bidimensional que avalia o altruísmo e a empatia, para além da dimensão de segunda ordem – comportamento pró-social (total da escala). É composta por nove itens, cada um cotado numa escala de Likert que vai desde “nunca” (0 pontos) até “sempre” (4 pontos).

Ética

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Análise Estatística

O tratamento estatístico foi realizado com o programa IBM SPSS-Statistics, versão 28 para Windows. Iniciou-se o tratamento de dados pela determinação das estatísticas descritivas (nomeadamente para a caracterização sociodemográfica), medidas de tendência central e de dispersão.

Quando a distribuição de uma variável foi considerada não-normal (índices de assimetria e de curtose não se encontraram entre -1.96 e 1.96) e o tamanho da amostra/grupos em análise foi inferior a 30 e/ou o tamanho de um dos grupos foi menos de 1/3 do tamanho de outro grupo, foram utilizados testes não paramétricos para inferências estatísticas. Para estas variáveis utilizou-se a mediana como medida de tendência central e a amplitude interquartílica como medida de dispersão. Os somatórios de variáveis ordinais (totais de escalas e subescalas e itens com resposta gradativa) foram tratados como variáveis intervalares.

Assim, foram utilizados o teste t de Student (ou o seu equivalente não paramétrico, teste U de Mann-Whitney) para dois grupos independentes e a ANOVA (ou o seu equivalente não paramétrico, teste de Kruskal-Wallis) para mais do que dois grupos.

Para a análise de correlações recorreu-se aos coeficientes de correlação de Pearson (ou Spearman), cuja magnitude foi classificada com base no critério de Cohen:³⁵ até .20, baixa, aproximadamente .30, moderada, e superior ou igual a .50, elevada.

Resultados

1. Análise Descritiva

Dos participantes, a maioria (80.8%, n=84) afirma conhecer alguém com patologia do foro psiquiátrico. Foram obtidos os seguintes resultados quando foram questionados os detalhes sobre a relação com essa pessoa:

- “Tipo de relação que tem com a(s) pessoas(s) que conhece que sofreu ou já tenha(m) sofrido de doença mental”: 2.9% (n=3) pessoas indicaram tratar-se do cônjuge; 20.2% (n=21) indicaram familiar de 1º grau do agregado familiar; 7.7% (n=8) indicaram familiar do 1º grau não pertencente ao agregado familiar; 14.4% (n=15) indicaram um familiar de 2º/3º grau não pertencente ao agregado familiar; 11.5% (n=12) indicaram um amigo do círculo próximo; 3.8%

(n=4) indicaram um amigo esporádico e 10.6% (n=11) indicaram um colega de turma tendo havido 10 participantes que não responderam

- “Distância temporal do primeiro contacto com a pessoa”: 7.7% (n=8) dos participantes afirmam que o primeiro contacto ocorreu há menos de 5 anos, 22.1% (n=23) entre 6 e anos e 43.3% (n=45) há mais de 10 anos; houve 8 participantes que não responderam

- “Frequência de convívio com a pessoa”: 4.8% (n=5) dos participantes dizem nunca conviver com a pessoas em questão; 6.7% (n=7) dizem raramente conviver; 25% (n=26) dizem conviver algumas vezes; 19.2% (n=20) dizem conviver muitas vezes; 18.3% (n=19) dizem conviver muitas vezes; 18.3% (n=19) dizem conviver constantemente; houve 7 pessoas que não responderam

- “Atitude no contacto com a pessoa”: 3.8% (n=4) disseram evitar ao máximo o contacto com a pessoa; 32.7% (n=34) disseram apenas auxiliar caso se for solicitado; 35.6% (n=37) dizem procurar fazer todos os possíveis para ajudar; houve 9 pessoas que não responderam

- “Perceção do contacto com essa pessoa”: apenas 1 pessoa qualifica o contacto como negativo; 58.7% (n=61) qualificam como agradável e 13.5% (n=14) qualificam o contacto como neutro; houve 8 pessoas que não responderam

Relativamente às vinhetas clínicas, todos os participantes conseguiram atribuir o diagnóstico mais provável à respetiva vinheta clínica.

Quanto às respostas às perguntas feitas na sequência das vinhetas clínicas obtiveram-se os seguintes resultados que foram agrupados nos diferentes grupos:

- “Em qual dos casos recomendaria procurar ajuda de um psiquiatra?": a grande maioria (95.2%, n=99) indicou que todos os casos deveriam procurar ajuda profissional (grupo 1) enquanto os restantes (4.8%, n=5) (grupo 2) indicaram apenas a esquizofrenia juntamente com uma das outras patologias;
- “Qual destes terá de fazer medicação psiquiátrica para toda a vida?": 7.7% (n=8) consideraram que nenhuma das patologias necessitaria de medicação (grupo 1), 66.3% (n=69) consideraram que apenas a esquizofrenia necessitaria de medicação crónica (grupo 2), 23% (n=24) consideraram esquizofrenia e pelo menos mais uma das outras doenças (grupo 3), 2.9% (n=3) consideraram apenas a depressão major (grupo 4);
- “Junto de qual iria sentir-se mais desconfortável?": 31.7% (n=33) não sentiriam desconforto (grupo 1), 44.2% (n=46) disseram que sentir-se-iam mais desconfortáveis junto da pessoa com esquizofrenia (grupo 2), 5.8% (n=6) junto

da pessoa com esquizofrenia e junto de pelo menos uma das outras pessoa (grupo 3), 16.3% (n=17) afirmaram que sentiriam desconforto junto de pelo menos uma das outras patologias que não fosse esquizofrenia (grupo 4);

- “Qual destes poderia ser médico no futuro?": 54.8% (n=57) acreditam que qualquer destas pessoas poderia exercer como médico (grupo 1), 28.8% (n=30) acreditam apenas nas pessoas com depressão major e POC (grupo 2), 12.5% (n=13) apenas nas pessoas com depressão (grupo 3), 3.8% (n=4) acham que nenhuma destas pessoas seria capaz de ser médico;
- “Enquanto médico, qual destes preferia ter de tratar?": 47.1% (n=49) sentiam-se confortáveis a tratar qualquer uma destas pessoas (grupo 1), 6.7% (n=7) apenas a pessoa com esquizofrenia (grupo 2), 37.5% (n=39) apresentam preferência por tratar qualquer uma das patologias com exceção da esquizofrenia (grupo 3) e 8.7% (n=9) diz que não seria capaz de tratar nenhuma das doenças em causa (grupo 4);
- “Qual destes poderia ser seu/sua amigo(a)?": a grande maioria, 86.5% (n=90), disse que seria amigo(a) de qualquer uma das pessoas independentemente da patologia (grupo 1), 9.6% (n=10) seria amigo(a) apenas das pessoas com depressão ou POC (grupo 2), 3.9% (n=4) seria amigo(a) apenas da pessoa com depressão ou com POC.

Na **Tabela 1** encontram-se as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis psicométricas (contínuas) em estudo, considerando a amostra total.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis psicológicas – Estigma relacionado com doença mental e Comportamentos pró-sociais

VARIÁVEIS	M	DP	MÍN.-MÁX.	Assimetria	EP assimetria	Curtose	EP curtose
MICA_TOTAL_ESTIGMA	23,00	6,82503	23-60	0.580	0.237	0.713	0.469
QET-PRO_COMP.PRÓSOCIAL	5,00	1,52487	19-36	-0.106	0.237	0.070	0.469
QET-PRO_ALTRUISMO	14,00	2,06721	5-12	-0.706	0.237	0.655	0.469
QET-PRO_EMPATIA	19,00	3,12468	14-24	0.322	0.237	-0.283	0.469

Legenda: M – Média; DP – desvio padrão; MÍN.-MÁX. – mínimo-máximo; EP – erro padrão

2. Análise comparativa

Nesta secção analisamos se os diversos grupos constituídos com base nas variáveis em estudo se distinguem significativamente quanto aos níveis de estigma relacionado com a doença mental.

2.1 Estigma e variáveis sociodemográficas

Começando pelo gênero, verificamos que o feminino ($M=36.12\pm 6.25$) apresentaram pontuações médias de estigma significativamente superiores ao masculino ($M=40.26\pm 7.86$, $t=2.639$, $p=.01$).

Relativamente à idade, não houve relação significativa entre a mesma e o nível de estigma (correlação de Pearson com significância de 0.089).

Quanto ao ano de curso que frequentam, verificou-se que não havia diferenças significativas entre o 4º ($M=37\pm 7.10$) e o 6º ano ($M=37.06\pm 6.70$, $t= -.045$, $p=.964$).

Também não havia relação significativa entre as pessoas a morar com os pais ($n=40$, $M=37.175\pm 6.48$) e aquelas a morar sozinhas ou com amigos/residências ($n=64$, $M=36.95\pm 7.07$, $t=.161$, $p=.873$), assim como nas pessoas a morar em meio rural ($n=30$, $M=36.13\pm 7.2$, $Md=36\pm 7.25$) vs. pessoas a morar em meio urbano com até 100 mil pessoas ($n=50$, $M=37.90\pm 6.54$, $Md= 38\pm 8$) vs. pessoas a morar em meio urbano com mais de 100 mil pessoas ($n=24$, $M=36.37\pm 6.98$, $Md=36.5\pm 10.75$, $Z=.772$, $p=.465$).

Não houve diferenças significativas entre pessoas com curso superior concluído ($n=14$, $M=34.14\pm 5.20$) vs. pessoas sem curso superior concluído ($n=90$, $M=37.48\pm 6.95$, $t=1.723$, $p=.088$)

2.2 Estigma e variáveis clínicas

Relativamente à HM dos participantes, não se verificou diferenças significativas: naqueles que atualmente sofrem de doença diagnosticada por médico ($n=25$, $M=35.12\pm 7.89$) vs. aqueles que não sofrem ($n=79$, $M=37.64\pm 6.38$, $t=1.625$, $p=.107$); naqueles que no passado foram diagnosticadas com alguma doença por um médico ($n=16$, $M=33.81\pm 4.80$) vs. aqueles que não tinham diagnóstico de doença prévia ($n=88$, $M=37.62\pm 6.99$, $t=2.089$, $p=.039$).

No entanto, relativamente à HPPLV verificaram-se pontuações de estigma superiores nos participantes com HPPLV ($n=54$, $M=35.09\pm 5.71$) vs. aqueles sem HPPLV ($n=50$, $M=39.14\pm 7.34$, $t=3.15$, $p<0.01$). Posto isto, não se verificou diferença significativa entre os participantes que afirmaram tomar medicação para doença psiquiátrica no último ano ($n=23$, $M=35\pm 6.74$) vs. aqueles que não tomaram dita medicação ($n=81$, $M=37.61\pm 6.77$, $t=1.63$, $p=.105$).

2.3 Estigma e proximidade com pessoa com doença mental

No que concerne aos participantes que afirmaram conhecer alguém com doença mental ($M=36.89\pm 6.63$) vs. aqueles que não conhecem ninguém com doença mental ($M=37.65\pm 7.72$, $t=.444$, $p=.658$) não se notou diferenças significativas ao nível de pontuações de estigma.

Quando questionados acerca de conhecerem alguém que esteja ou já tenha estado internado com doença psiquiátrica, 21 participantes não responderam, sendo que naqueles que responderam afirmativamente ($n=37$, $M=35.72\pm 6.11$) vs. os que responderam negativamente ($n=46$, $M=37.78\pm 7.02$, $t=1.401$, $p=.165$) também não houve diferenças significativas dos níveis de estigma.

Quanto às pessoas que afirmaram conhecer alguém com doença mental, não houve diferença significativa dependendo da sua relação com essa pessoa ($Z=.999$, $p=.399$); nem da frequência com que estavam com a pessoa ($Z=.051$, $p=.950$). Relativamente à sua atitude no contacto com a pessoa os grupos prévios foram colapsados em 2: aqueles que disseram evitar ao máximo o contacto com a pessoa foram agrupados com os que disseram apenas auxiliar caso fosse solicitado ($n=38$, $M=37.65\pm 6.09$) vs. os que disseram procurar fazer todos os possíveis para ajudar ($n=37$, $M=35.54\pm 7.43$, $t=1.35$, $p=.181$), não havendo diferenças significativas entre ambos. O mesmo se verificou nas pessoas que qualificaram o contacto com a pessoa como sendo positivo ($M=36.69\pm 6.74$) vs. os que qualificaram como neutro ($M=36.42\pm 7.21$, $t=.131$, $p=.896$).

2.4 Estigma e grau de conhecimento subjetivo

Relativamente ao nível de conhecimento acerca de doença mental que os participantes creem possuir não se verificou diferenças significativas entre os diferentes grupos quanto aos níveis de estigma: os participantes que afirmam possuir um conhecimento mau ou razoável ($n=47$, $M=38.29\pm 6.86$) vs. os que afirmam possuir um conhecimento bom ($n=44$, $M=36.27\pm 7.03$) vs. os que afirmam possuir um conhecimento muito bom ($n=13$, $M=35.07\pm 5.40$, $Z=1.635$, $p=.200$).

2.5 Estigma e atitudes face a pessoas com doença mental

Quanto às diferentes questões sobre atitudes face às patologias contempladas nas vinhetas clínicas verificou-se que não houve diferenças significativas de nível de estigma nos seguintes grupos de participantes:

- “Em qual dos casos recomendaria procurar ajuda de um psiquiatra?": grupo 1 ($M=36.94\pm 6.95$) vs. grupo 2 ($M=38.80\pm 3.27$, $t=-.590$, $p=.557$);
- “Qual destes terá de fazer medicação psiquiátrica para toda a vida?": grupo 1 ($M=35.14\pm 4.41$) vs. grupo 2 ($M=36.66\pm 7.13$) vs. grupo 3 ($M=38.6\pm 6.78$) vs. grupo 4 ($M=37\pm 3$, $Z=.678$, $p=.567$);
- “Qual destes poderia ser médico no futuro?": grupo 1 ($M=36.27\pm 6.76$) vs. grupo 2 (37.5 ± 6.35) vs. grupo 3 ($M=38.15\pm 7.58$) vs. grupo 4 ($M=45.5\pm 9.19$, $Z=1.454$, $p=.232$);

- “Enquanto médico, qual destes preferia ter de tratar?”: grupo 1 (M=35.12±7.29) vs. grupo 2 (39.42±6.13) vs. grupo 3 (M=39.33±6.06) vs. grupo 4 (M=35.75±4.16, Z=3.38, p=.021;
- “Qual destes poderia ser seu/sua amigo(a)?”: grupo 1 (M=36.38±6.30) vs. grupo 2 (41.21±8.69, t=-2.524, p=.013).

No entanto, no que toca à questão “Junto de qual iria sentir-se mais desconfortável?”, verificaram-se diferenças significativas (Z=4.824, p=.004), sendo que o teste de comparações múltiplas à posteriori (teste de Bonferroni para variâncias com homogeneidade assumida) revelou que eram os grupos 1 (M=34.06±6.60) e 4 (M=41.23±5.85) que se distinguiam (p=.002).

3. Estigma e traços pró-sociais – empatia e altruísmo

A **Tabela 2** apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre estigma e traços pró-sociais, verificando-se que apenas com a pontuação total do QET-PRO o coeficiente é significativo (r=-.200, p<0.05), de magnitude moderada e sentido inverso.

Tabela 2 – Coeficientes de correlação de Pearson entre estigma QET-PRO Total, altruísmo e empatia

	QET-PRO Total	Altruísmo	Empatia
Estigma	-.200	-.182	-.168

Através da regressão linear verificámos que o comportamento pró-social explica uma percentagem significativa (p=.042) da variância do estigma relacionado com a doença mental (R²=3.1%; β=-.200).

Discussão

O presente estudo pretendeu aferir os níveis de estigma (avaliados pelo questionário MICA-2) e traços pró-sociais (avaliados pelo questionário QET-PRO) nos alunos de medicina da FMUC antes de frequentarem a Unidade Curricular de Psiquiatria no 4º ano e nos alunos do 6º ano antes de frequentarem o Estágio de Psiquiatria.

Inicialmente fez-se uma análise comparativa entre os níveis de estigma e as diversas variáveis sociodemográficas, tendo-se verificado diferenças significativas nos níveis de estigma relativamente ao género, com o masculino a apresentar pontuações indicadoras de maior nível de estigma, o que corrobora o que alguns estudos prévios haviam comprovado,^{36,37} contradizendo simultaneamente o que outros estudos teriam concluído, nomeadamente que o género feminino demonstrava níveis mais elevados de estigma.³⁸

Relativamente à análise das variáveis clínicas, houve diferenças significativas entre as pontuações de estigma dos participantes com HPPLV comparativamente às pontuações dos participantes sem HPPLV. Tendo em conta que esta diferença significativa não se verificou nos níveis de estigma dos participantes que afirmaram conhecer alguém com doença mental vs. os participantes que não conhecem ninguém com doença mental, algo que contraria o que outros estudos haviam postulado,^{9,15} vai de encontro a outras conclusões.²² Alguns autores defendem que a redução do estigma não deriva do contacto direto com a doença, mas sim o melhor conhecimento da doença propriamente dita,¹¹ dado que o contacto direto não implica necessariamente que se possua mais informação acerca das características da doença. Naturalmente que alguém que efetivamente tenha sido diagnosticado com patologia psiquiátrica quer no passado quer no presente, tenha uma maior perceção das manifestações da doença ao invés de um conhecimento meramente teórico ou um conhecimento adquirido por proximidade com a mesma, o que eventualmente poderá explicar estas diferenças de níveis de estigma.

Outro aspeto a ter em conta no que concerne à ausência de diferenças significativas nos níveis de estigma entre os participantes que conhecem alguém com doença mental em comparação com os participantes que não conhecem, é o facto de este ser um estudo realizado em estudantes de Medicina, uma população homogénea, e que por si só já presume uma maior literacia em saúde mental. Estes fatores permitem explicar a ausência de diferença de níveis de estigma, sendo que o oposto foi verificado na população geral.³⁹

Na vertente das atitudes face a pessoas com doença mental, apenas se verificou diferenças significativas na questão relativa ao desconforto perante as variadas patologias. No entanto, existiram outras questões, nomeadamente a da amizade e a de preferência em tratar como

médico, com uma forte tendência para a significância estatística, algo que eventualmente poderia ter sido obtido com uma amostra maior.

Por último verificou-se que os níveis de estigma apresentaram apenas diferenças significativas com os valores globais dos traços pró-sociais, de sentido inverso, com maiores níveis de altruísmo e de empatia a resultarem em níveis de estigma mais reduzidos, o que vai de encontro com a evidência existente que demonstra que o altruísmo e a empatia são fatores protetores de estigma.⁴⁰ Isto pode ser explicado por a empatia poder ser definida como “habilidade para compreender os sentimentos, vivências, etc. de outra pessoa” e o altruísmo como “atitude de amor ao próximo ou agir em prol de outra pessoa”.

Caso no futuro se queira fazer um estudo prospetivo com a mesma premissa deste estudo, mas avaliando as respostas dos participantes antes e após a frequência na Unidade Curricular e no Estágio de Psiquiatria, deve-se ter em atenção o facto de que níveis de estigma mais baixos são mais resistentes a alterações, principalmente nos participantes que também apresentem valores de empatia e/ou de altruísmo superiores.

É importante considerar as limitações deste estudo. Trata-se de uma amostra reduzida e que contempla apenas estudantes da FMUC, o que pode refletir especificidades da organização do curso e da cultura não só da Faculdade como também da cidade em si, podendo haver variâncias consoante as diferentes Faculdades do país limitando a capacidade de generalização dos resultados obtidos. Para além disso, trata-se de um estudo transversal o que não permite estabelecer umnexo de causalidade.

Conclusão

Este estudo não permitiu tirar conclusões acerca das alterações dos níveis de estigma nos estudantes de medicina na FMUC. No entanto, conseguiu demonstrar que a experiência própria com a doença mental consegue, até um certo grau, superar o ensino teórico e/ou teórico-prático no que diz respeito à diminuição do EADM.

Contudo, estudos adicionais e com mais robustez nomeadamente a nível de tamanho da amostra e de análise prospetiva, poderão eventualmente demonstrar, e com significância estatística, uma diminuição de estigma relativamente a variados aspetos das diferentes patologias psiquiátricas ao longo do curso de Medicina.

Outra estratégia a ponderar será implementar programas anti estigma mais cedo no percurso académico dado que quanto maior for a literacia acerca do tema, menor é a tendência a alterações dos níveis de estigma e quanto mais cedo intervir, maior será a probabilidade de não só reduzir a estigmatização, mas também aumentar a recetibilidade a novos paradigmas acerca da patologia do foro psiquiátrico que por sua vez poderão ser um reforço no decréscimo dos níveis de EADM. Isto adquire maior relevância tratando-se daqueles que são os médicos do futuro.

Referências Bibliográficas

1. Azevedo RT, Macaluso E, Avenanti A, Santangelo V, Cazzato V, Aglioti SM. Their pain is not our pain: Brain and autonomic correlates of empathic resonance with the pain of same and different race individuals. *Human Brain Mapping*. 2012 Jul 17;34(12):3168–81.
2. Goffman, E (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
3. Bahm A, Forchuk C. Interlocking oppressions: the effect of a comorbid physical disability on perceived stigma and discrimination among mental health consumers in Canada. *Health & Social Care in the Community*. 2009 Jan;17(1):63–70.
4. Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan PW. Structures and Types of Stigma. *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* 2016 Aug 11;43–66.
5. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ*. 2015;15:34.
6. Who. World health report: mental health: new understanding, new hope. 2010 [citado 2024 abril 10]; Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/
7. Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):36.
8. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:163–79.
9. Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(1):63–7.
10. Ogunsemi OO, Odusan OO, Olatawura MO. Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;7:15.
11. Arboleda-Flórez J. Considerations on the Stigma of Mental Illness. *Can J Psychiatry*. 2003;48:645–50.
12. Yuan Q, Seow E, Abdin E, Chua BY, Ong HL, Samari E, et al. Direct and moderating effects of personality on stigma towards mental illness. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):358.
13. Brown SA. The contribution of previous contact and personality traits to severe mental illness stigma. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2012;15(3):274–89.
14. Telles-Correia D, Gama Marques J, Gramaca J, Sampaio D. Stigma and Attitudes towards Psychiatric Patients in Portuguese Medical Students. *Acta Med Port*. 2015;28(6):715–9.

15. Angermeyer MC, Schulze B. Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2001;10(1):1–7.
16. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness : A review and critique. *J Ment Heal.* 1997;345–54.
17. Economou M, Kontoangelos K, Peppou LE, Arvaniti A, Samakouri M, Douzenis A, et al. Medical students' attitudes to mental illnesses and to psychiatry before and after the psychiatric clerkship: Training in a specialty and a general hospital. *Psychiatry Res.* 2017;258:108–15.
18. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27:363–85.
19. Chawla JM, Balhara YP, Sagar R, Shivaprakash. Undergraduate medical students' attitude toward psychiatry: A cross-sectional study. *Indian J Psychiatry.* 2012;54(1):37– 40.
20. Cabral Master JM, Barreto Carvalho CM de O, Motta CD, Sousa MC, Gilbert P. Attitudes towards mental health problems scale: Confirmatory factor analysis and validation in the Portuguese population. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2016;19(3):206–22.
21. Vistorte AOR, Ribeiro WS, Jaen D, Jorge MR, Evans-Lacko S, Mari J de J. Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *Int J Psychiatry Med.* 2018;53(4):317–38.
22. Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122:153–61.
23. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(3):169–71.
24. Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA* 2000; 283: 506–11.
25. Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, Hobbs M.S. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1988. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 31–6
26. Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1126–31.
27. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(4):334–41.

28. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):453–8.
29. Avila C, Holloway AC, Hahn MK, Morrison KM, Restivo M, Anglin R, et al. An overview of links between obesity and mental health. *Curr Obes Rep*. 2015;4(3):303–10.
30. Lipari RN, Van Horn S. Smoking and mental illness among adults in the United States. The CBHSQ report. 2013.
31. Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Br J Psychiatry*. 2018;194(6):491–9.
32. Pascucci M, Ventriglio A, Stella E, Di Sabatino D, La Montagna M, Nicastro R, et al. Empathy and attitudes towards mental illness among Italian medical students. *Int J Cult Ment Health*. 2017;10(2):174–84.
33. Gabbidon J, Clement S, van Nieuwenhuizen A, Kassam A, Brohan E, Norman I, et al. Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) Scale-Psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry Res*. 2013;206:81–7.
34. Aragão, D.; Cabaços, C.; Pereira, A.T.; Araújo, A.; Madeira, N.; Nogueira, V.; Macedo, A. (2021). Toronto and Coimbra Prosocial Behaviour Questionnaire Development and psychometric properties of a new measure of altruism and prosocial behaviour in a Portuguese community sample. 21st WPA World Congress of Psychiatry, 18-21 October 2021.
35. Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.
36. Ilic, N., Henderson, C., Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2014). Attitudes towards mental illness. *Health survey for England*, 1, 1-15.
37. Corrigan PW, Watson AC. The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. *Community Mental Health Journal*. 2007 Sep 18;43(5):439–58.
38. Lopes I, Almeida RS de, Marques A, Curral R, de Sousa S. Validation of the Portuguese version of community attitudes toward people with mental illness (CAMI). *Porto Biomedical Journal*. 2022 Mar;7(2):e175.
39. Santos BA. Estigma associado à doença mental: identificação de correlatos psicossociais numa amostra da comunidade. Trabalho Final Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2024.

40. Segal EA, Wagaman MA, Gerdes KE. Developing the social empathy index: an exploratory factor analysis. *Advances in Social Work*. 2012 June 26;13(3):541-60.

ANEXOS

Estudo sobre estigma associado à doença mental em estudantes de Medicina

I. Dados sociodemográficos

Qual é a sua idade? _____

Qual é o seu género? _____

Em que país nasceu? _____

Com quem reside?

Sozinho(a) _____

Com pais/familiares 1 _____

Com amigos/colegas 2 _____

Residência Universitária 2 _____

Outro, qual? _____

Qual é o seu estado civil atual?

Solteiro(a) _____

Viúvo(a) _____

Casado(a)/União de facto _____

Divorciado(a)/Separado(a) _____ Outro, qual? _____

Em que ano do curso se encontra?

4º ano _____

5º ano _____

6º ano _____

Possui um curso superior concluído? Sim _____ Não _____

Qual é o seu estado em relação à Unidade Curricular de Saúde Mental do seu ano (4º ano → Psiquiatria e Saúde Mental; 6º ano → Estágio de Saúde Mental)?

Ainda não frequentei _____ Já a concluí _____ Não aplicável (5º ano) _____

II. Contacto prévio com doença mental

1. Atualmente, sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico?

Não Sim

Se assinalou “sim”, por favor indique:

Que doença(s): _____

Ano em que foi(ram) diagnosticada(s): _____ ; _____ ; _____

2. No passado, sofreu de alguma doença diagnosticada pelo médico?

- Não Sim

Se assinalou “sim”, por favor indique:

Que doença(s): _____

Ano em que foi(ram) diagnosticada(s): ____ ; ____ ; ____

3. Alguma vez teve algum problema psicológico ou psiquiátrico, em que não se sentisse ou comportasse como lhe era habitual?

- Não Sim

11.1. Se “sim”, por favor descreva brevemente:

(Exemplos: Depressão; Ansiedade; Stresse; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Psicose; Perturbação Afetiva Bipolar; Esquizofrenia; Outra...)

11.1.1. Se “sim”, por favor responda às seguintes perguntas:

a. Alguma vez procurou algum profissional por problemas psicológicos ou psiquiátricos, ou pela maneira como se sentia ou agia?

- Não Sim

a1. Se “sim”, por favor indique qual/quais:

Médico de família

Médico psiquiatra

Psicólogo

Outro Qual? _____

b. Alguma vez teve um período em que não estivesse capaz de trabalhar, ir à escola, ou cuidar de outras responsabilidades por razões psicológicas ou psiquiátricas? Não Sim

c. Alguma vez tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?

- Não Sim

c1. Se “sim”, por favor indique qual/quais medicamentos:

d. No último ano tomou medicamentos para problemas psicológicos ou psiquiátricos?

Não Sim

d1. Se “sim”, por favor indique qual/quais medicamentos:

4. Conhece alguém que sofra ou já tenha sofrido de uma doença mental?

Não Sim

12.1. Se “sim”, descreva brevemente:

(Exemplos: Depressão; Ansiedade; Stresse; Perturbação do Comportamento Alimentar; Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Psicose; Perturbação Afetiva Bipolar; Esquizofrenia; Outra...)

12.1.1. Se “sim”, por favor responda às seguintes questões:

a. Conhece alguém que esteja atualmente ou já tenha estado internado por motivos de doença mental?

Não Sim

b. Por favor, caracterize o tipo de relação que tem com a(s) pessoa(s) que conhece que sofra(m) ou já tenha(m) sofrido de doença mental (assinale com um “x” todas as que se aplicam):

Marido/esposa 1 Namorado(a) ou companheiro(a) 1

Amigo(a) 2 Colega de trabalho/escola 3

Familiar do agregado familiar 4 Familiar direto fora do agregado familiar (pai, mãe, irmãos, filhos...) 5

Outro(s); Qual(is)? _____

c. Quando foi o seu primeiro contacto com esta pessoa?

Há <1 ano 1____ Entre 1 a 5 anos 2____ Entre 6 a 10 anos 3____
Há >10 anos ____4

d. Atualmente, com que frequência convive com esta pessoa?

Constantemente ____ 4 Muitas vezes ____ 3 Algumas vezes ____ 2

Raramente ____	1	Nunca ____	0
e. No contacto com esta pessoa, como caracteriza a sua atitude perante a doença mental da mesma?			
Evito ao máximo abordar o assunto ____ 1			
Envolvo-me apenas se for solicitado ____ 2			
Procuo fazer todos os possíveis para ajudar ____ 3			
f. Como qualifica o contacto habitual com esta pessoa?			
Agradável ____ 2			
Desagradável ____ 1			
Neutro ____ 3			

Conhecimento sobre saúde mental

Como considera ser o seu conhecimento sobre saúde mental?

Mau ____ 0

Razoável ____ 1

Bom ____ 2

Muito bom ____ 3

Excelente ____ 4

Anexo II

Vinheta 1

O João tem 33 anos e trabalha como estafeta num restaurante de fast-food. Há cerca de 3 semanas, quando ia entregar um pedido a um cliente, ao conduzir a sua mota, começou a ouvir vozes que falavam mal de si e o insultavam. Desde então, tem faltado ao trabalho na maioria dos dias, porque sente que as pessoas a quem entregava os pedidos conseguiam ler os seus pensamentos. Começou a aperceber-se, também, de que, sempre que conduzia a sua mota, era perseguido por um carro preto. Tem permanecido maioritariamente fechado no quarto, com as persianas fechadas, para evitar que o encontrem e lhe façam mal. Qual o diagnóstico mais provável do João? (Esquizofrenia)

Vinheta 2

O Joaquim foi despedido há um ano. Desde então, tem sido difícil encontrar trabalho. Desde há cerca de 4 semanas, o Joaquim sente que não consegue arranjar emprego porque não vale nada, é incompetente, chegando mesmo a pensar como é que não foi despedido mais cedo. Passa praticamente o dia inteiro a pensar repetidamente neste assunto, deixando de ter vontade de sair de casa, tomar banho e se relacionar com os amigos e a família. Deixou de jogar paddle todas as quintas-feiras, apesar de ser um aficionado desta modalidade, uma vez que já não lhe dava prazer. Sente-se desanimado e sem esperança no futuro. Quando vai para a cama, tem muita dificuldade em adormecer, passando várias noites em branco. Tem perdido algum peso, não tendo vontade de comer nem de confeccionar refeições. Por vezes, sente que, se morresse, ninguém ia sentir a sua falta. Qual o diagnóstico mais provável do Joaquim? (Depressão)

Vinheta 3

A Sofia é uma jovem de 23 anos que chega sempre atrasada ao trabalho apesar de ser uma pessoa muito trabalhadora, cumpridora e responsável. Um dia, uma colega sua reparou que ela andava sempre com as mãos secas e, muitas vezes, em ferida. Certo dia, confrontou-a com este aspeto e, apesar de a Sofia ter dito, inicialmente, que isso era devido ao frio, acabou por referir que, antes de ir para o trabalho, demorava cerca de 10 minutos a lavar as mãos de forma repetida porque sentia que estas estavam constantemente contaminadas, sendo este o motivo dos seus recorrentes atrasos. A Sofia evita apertar a mão ou ter qualquer outro tipo de contacto físico com outras pessoas, evitando também tocar em puxadores de portas. Contou também à sua colega que, quando chega a casa, tem de despir imediatamente a roupa para que esta não contamine o resto da casa e vai tomar um banho que dura 45 minutos. Qual o diagnóstico mais provável da Sofia? (Perturbação obsessivo-compulsiva)

Anexo III

Para cada uma das questões 1-16, responda assinalando apenas um quadrado. A expressão “Doença Mental” utilizada nesta escala refere-se às situações que levam a que uma pessoa seja vista por um psiquiatra.

	<i>Concordo totalmente</i>	<i>Concordo</i>	<i>Concordo parcialmente</i>	<i>Discordo parcialmente</i>	<i>Discordo</i>	<i>Discordo totalmente</i>
1. Só estudo psiquiatria porque é uma matéria avaliada em exame, e não me iria preocupar em fazer leituras adicionais.	6	5	4	3	2	1
2. As pessoas com uma doença mental grave nunca poderão recuperar o suficiente para ter uma boa qualidade de vida.						
3. A psiquiatria é tão válida cientificamente como os outros campos da medicina.						
4. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o iria admitir a nenhum dos meus amigos , com receio de ser tratado de modo diferente.						
5. As pessoas com uma doença mental grave são habitualmente perigosas.						
6. Em comparação, os psiquiatras sabem mais sobre a vida das pessoas que tratam do que os próprios familiares e amigos destes.						
7. Se eu tivesse uma doença mental, nunca o iria admitir aos meus colegas de trabalho , com receio de ser tratado de modo diferente.						
8. Ser psiquiatra não é a mesma coisa que ser um verdadeiro médico.						
9. Se um psiquiatra mais graduado me obrigasse a tratar as pessoas com uma doença mental de uma forma menos respeitosa, não seguiria as suas indicações.						
10. Sinto-me tão à vontade a conversar com uma pessoa com uma doença mental como com outra pessoa que tenha uma doença física.						
11. É importante que qualquer médico que acompanhe uma pessoa com uma doença mental avalie também a sua condição física.						

12. O público não necessita de ser protegido das pessoas com uma doença mental grave.						
13. Se uma pessoa com uma doença mental se queixar de sintomas físicos (como dor no peito), eu irei atribuir esses sintomas à sua doença mental.						
14. Não é expectável que os médicos de família façam uma avaliação detalhada a pessoas com sintomas psiquiátricos, uma vez que estas podem ser referenciadas para um psiquiatra.						
15. Eu utilizaria termos como ‘louco’, ‘maluco’, ‘doido’, etc., para descrever pessoas com doença mental que tivesse visto no meu local de trabalho.						
16. Se um colega de trabalho me dissesse que tinha uma doença mental, eu ainda continuaria a querer trabalhar com ele.						

III. QET-PRO

Em baixo irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e classifique quão frequentemente se sente ou comporta da maneira descrita. Assinale a sua resposta na coluna adequada. Não existem respostas certas ou erradas ou perguntas “traíçoiras”. Por favor, responda a cada questão tão honestamente quanto consiga.

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequente-mente	Sempre
Quando outra pessoa se sente animada, tenho tendência a sentir-me animado(a) também.	0	1	2	3	4
Incomoda-me ver alguém ser tratado de forma desrespeitosa.					
Tenho prazer em fazer as outras pessoas felizes.					
Tenho sentimentos de compaixão e preocupação com pessoas menos afortunadas do que eu.					
Quando um(a) amigo(a) começa a falar dos seus problemas, tenho dificuldade em mudar o tema da conversa.					

Consigo perceber quando outras pessoas estão tristes, mesmo quando não dizem nada.					
Percebo que estou “sintonizado(a)” com o estado de ânimo das outras pessoas.					
Sinto um forte impulso para ajudar quando vejo alguém em dificuldades.					
Quando vejo alguém ser explorado(a), sinto vontade de o(a) proteger.					