

JOANA FILIPA LAGES RODRIGUES

**PERCEÇÕES SOCIAIS SOBRE DOENÇA
MENTAL NUMA AMOSTRA DE PROFESSORES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Orientadora: Professora Doutora Laura Alho

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia e Ciências da Vida**

Lisboa

2020

JOANA FILIPA LAGES RODRIGUES

**PERCEÇÕES SOCIAIS SOBRE DOENÇA
MENTAL NUMA AMOSTRA DE PROFESSORES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau Mestre em Psicologia Forense, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, no dia 21 de janeiro de 2020 com o Despacho Reitoral nº 272/2019 com a seguinte composição de júri:

Presidente: Professor Doutor Nélcio Brazão

Arguente: Professor Doutor Pedro Rodrigues (Universidade de Aveiro)

Orientadora: Professora Doutora Laura Alho

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

Lisboa

2020

Agradecimentos

Depois de uma longa caminhada, chegámos ao fim.

Quero agradecer aos meus pais, pelo amor incondicional e pela forma como ao longo de todos estes anos, tiveram ao meu lado e souberam ajudar-me. Agradeço tudo o que sou hoje e tudo o que consegui, pois sem eles não era possível.

À Professora Doutora Laura Alho, uma muito obrigada por toda a sua disponibilidade, extrema paciência e empenho com que sempre me orientou. Obrigada também por me motivar dia após dia.

Ao meu namorado, pelo apoio incondicional, por nunca me deixar desistir e fazer-me acreditar que sou capaz.

Muito obrigada a todos.

Resumo

Uma em quatro pessoas reúne critérios suficientes para o diagnóstico de doença mental, em algum momento da sua vida, constituindo uma crescente preocupação de saúde pública. A doença mental é um conjunto de sintomas ou comportamentos associados na maior parte dos casos a ansiedade e com interferência nas funções pessoais reconhecíveis clinicamente. São caracterizadas, essencialmente, por alterações no pensamento, humor ou comportamento, associadas a sintomas de angústia.

A presente investigação teve como objetivo avaliar os mitos e estigmas relacionados com a existência de doença mental e verificar as representações sociais, que possam ser encontradas numa amostra portuguesa ($n = 431$), especificamente em profissionais de saúde e professores. Pretendeu-se determinar se estes profissionais associam a doença mental a atitudes violentas, comportamentos desviantes e crime, e investigar quais os grupos sociais que detêm maior conhecimento sobre esta problemática.

Os resultados revelaram que existem diferenças significativas entre os professores e os profissionais de saúde, tendo os professores mais mitos e crenças associados à doença mental em comparação com os profissionais de saúde. Em relação ao género verifica-se que os homens têm mais mitos associados que as mulheres, estando congruente com o que é encontrado na literatura internacional.

Palavras-chave: crenças, doença mental, mitos, profissionais de saúde, professores, género

Abstract

One in four people meets enough criteria for diagnosing mental illness at some point in their life, constituting a growing public health concern. Mental illness is a set of symptoms or behaviors associated in most cases with anxiety and with interference in clinically recognizable personal functions. They are essentially characterized by changes in thinking, mood or behavior, associated with symptoms of distress.

This research aimed to evaluate the myths and stigmas related to the existence of mental illness and to verify the social representations that can be found in a Portuguese sample (n= 431), specifically in health professionals and teachers. It was intended to determine if these professionals associate mental illness with violent attitudes, deviant behavior and crime, and to investigate which social groups have the greatest knowledge about this problem.

The results revealed that there are significant differences between teachers and health professionals, with teachers having more myths and beliefs associated with mental illness compared to health professionals. Regarding gender, men have more associated myths than women which is consistent with what is found in the international literature.

Keyword: beliefs, mental illness, health professionals, teachers, myths, gender

Abreviaturas

GABA	ácido γ -aminobutírico
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCPD	Relatório de Controlo e Prevenção de Doenças
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSNS	Reforma do Serviço Nacional de Saúde, na área da RNCCI

Índice

REVISÃO DA LITERATURA.....	6
CONTEXTUALIZAÇÃO E PERTINÊNCIA DO ESTUDO	8
EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA DOENÇA MENTAL	9
LITERACIA EM SAÚDE MENTAL	11
Conceito	11
CONHECIMENTO SOBRE OS PROFISSIONAIS	13
AS PERCEÇÕES SOCIAIS ASSOCIADAS À DOENÇA MENTAL - MITOS E ESTIGMAS	13
AS PERCEÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	15
AS PERCEÇÕES DOS PROFESSORES	19
A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ALUNOS EM CONTEXTO ESCOLAR.....	20
OBJETIVO E HIPÓTESES DO PRESENTE ESTUDO	21
METODOLOGIA.....	21
AMOSTRA	21
INSTRUMENTOS	22
PROCEDIMENTO	22
ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	22
RESULTADOS	23
DISCUSSÃO	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXO I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO (ALHO, PINHO, & ALFREDO, IN PRESS)	40
ANEXO II - ESCALA DE AVALIAÇÃO SOBRE MITOS NA DOENÇA MENTAL (ALHO, PINHO, & ALFREDO, IN PRESS).....	45
ANEXO III - QUESTIONÁRIO SOBRE OS MITOS NA DOENÇA MENTAL	47

Índice de tabelas

Tabela 1 - Matriz de componentes rodada.....	24
Tabela 2 - Consistência interna	25
Tabela 3 - Estatísticas descritivas	25
Tabela 4 - Comparação por género.....	26
Tabela 5 – Área de trabalho.....	27

Revisão da literatura

Contextualização e pertinência do estudo

A forma como a sociedade encara a doença mental tem vindo a evoluir através dos séculos, e na sequência do avanço científico, deparamo-nos com novas formas de acompanhamento e tratamento, tendo o avanço da psiquiatria e das psicoterapias contribuído largamente para o tratamento das doenças e para a divulgação da importância da saúde mental na atualidade (Srivastava et al., 2018).

No entanto, embora o conhecimento tenha avançado nesta área, continua a verificar-se a existência de mitos e estigmas sobre a doença mental, devendo-se essa situação à falta de literacia da população em geral, acerca do que significa a doença mental, as suas manifestações e as diferentes patologias existentes (Niwa et al., 2016).

A pessoa com doença mental, sendo estigmatizada por preconceitos sociais, pode interiorizar a discriminação, com consequente diminuição de autoconfiança e autoestima (Niwa et al., 2016). Os mitos acerca das doenças mentais, continuam a existir na sociedade atual no mundo, pois a falta de informação geral, não permite fazer uma diferenciação clara entre diferentes tipos de comportamento, relacionados com patologias diferentes (Dempsey e Ribak, 2012).

Com o crescente acesso a fontes de informação, verificamos que continua a não existir informação de qualidade sobre a doença mental, através dos media e que contribua para que se divulguem os mecanismos de apoio à manutenção da saúde mental, bem como se esclareça a opinião pública acerca da realidade que envolve a doença mental (Hughes, 2009).

Existem vários mitos associados à doença mental, o mais disseminado é o mito da perigosidade, associado à necessidade do controlo da agressividade das pessoas com doença mental (Fazenda, 2006).

Importa assim verificar em que medida a sociedade continua a associar a doença mental a atitudes violentas, comportamentos desviantes e crime, e investigar quais os grupos sociais que detêm maior conhecimento sobre esta problemática, nomeadamente, investigar qual a visão atual das perceções sociais sobre crime, violência e doença mental e procurar conhecer quais os mecanismos sociais mais adequados que contribuem para divulgação de informação adequada, que possa contribuir para um melhor conhecimento do que é a doença

mental em Portugal e como é encarada pelas instituições e por diferentes grupos sociais. (Srivastava et al., 2018).

Evolução histórica da doença mental

Falando da doença mental é pertinente conhecer a sua evolução histórica. A doença mental constituiu desde sempre motivo de interesse para a sociedade, pelas características de comportamento. Desde a Antiguidade Clássica, nomeadamente nos relatos de Hipócrates (460 a.C-360 a.C), que se observa o surgimento de episódios de “loucura”. O interesse de Platão (428 a.C- 348 a.C), filósofo grego, levou-o a distinguir nas suas reflexões as designadas “doenças da alma”. Verifica-se, no entanto, alguma evolução sobre o conhecimento nesta matéria quando o médico romano Galeno (129 a.C-199 a.C) menciona que sendo o cérebro o local anatómico das funções psíquicas, a loucura e o delírio são o resultado destas funções (Azenha, 2014).

No século XV, na Idade Média, assiste-se um retrocesso na abordagem das doenças mentais, pois estas eram consideradas como interferência de espíritos diabólicos e por isso os doentes deveriam ser objeto de exorcismos. Já no século XVII, com o surgimento do racionalismo científico, voltamos a uma abordagem de perda de funções de razão e recorre-se à confinção do doente a um espaço fechado, em asilos, que acabam por ser utilizados por todos aqueles que apresentam modelos de comportamento não-convencionais. No século XVIII surge a inovação do comportamento moral, com Pinel (1745-1826) que consistia na distinção entre alienados e melancólicos e que conduziria a distinções no modelo de tratamento. Surgem então dois hospitais específicos (para homens e para mulheres) onde as doenças mentais eram abordadas de forma específica, procurando-se recorrer a uma visão mais compreensiva do fenómeno. No final do séc. XIX surge a abordagem psiquiátrica organicista (Kraepelin, 1856-1926) que começa a dar relevância às psicoses, nomeadamente por questões hereditárias, e surge a Psicanálise, uma forma de psicoterapia instituída por Freud (1856-1939), que se baseia em conhecimentos da medicina, para abordar fenómenos psíquicos que possam ser desvendados através da prática da hipnose.

A partir de 1951 é possível verificar a existência de fármacos específicos para o tratamento de doenças mentais. Jean Delay (1907-1987) e Pierre Deniker (1917-1998) introduzem a clorpromazina em 1952 no tratamento de doentes psicóticos.

Em Portugal verificamos o surgimento de hospitais psiquiátricos específicos, no reinado de D. Maria I, o Hospital Miguel Bombarda em Lisboa e Hospital Conde de Ferreira no Porto (Pereira, 1986).

No início dos anos 70 do séc. XX surge o movimento “Antipsiquiatria” (Laing, 1987; Foucault, 1973), que associa o tratamento dos pacientes a violência e promove a desinstitucionalização dos pacientes, ou a sua institucionalização por períodos limitados. Embora se entendam as intenções promovidas por este movimento, acabaria por se verificar a necessidade de apoio a estes doentes, se estes se encontram inseridos numa comunidade.

A doença mental associada a disfunções cerebrais, que provocam desvios de comportamento surge na atualidade com a designação científica, que pode ser encontrada no DSM-V (DSM, 2014).

Apesar do conhecimento científico nesta área, continuamos a verificar que nas sociedades modernas ocidentais, continuam a persistir preconceitos e estigmas sobre a doença mental, nomeadamente quando estão associadas a fatores como a perigosidade e a relação com atos violentos, a impossibilidade de desempenho de tarefas básicas, a falta de controlo de impulsos e a imprevisibilidade dos atos (Sousa, 2008).

A doença mental poderá surgir em qualquer momento da vida de um indivíduo, podendo assumir caráter crónico ou passageiro (Fazenda, 2006). Não podemos, no entanto, eliminar o papel de aspetos socioculturais, que podem ter implicações imediatas na saúde do indivíduo, tais como sobrecarga emocional (*burnout*) ou situações associadas ao stress pós-traumático e que podem induzir alterações de comportamento (Fazenda, 2006).

Considerando a diversidade de situações que podem influenciar o equilíbrio psíquico dos indivíduos e que tanto podem estar relacionados com causas meramente biológicas, como causas de natureza psicológica, as alterações de comportamento individual e suas consequências, não devem ser objeto de análises demasiado ligeiras, uma vez que é imprescindível o conhecimento do quadro clínico específico, para saber quais as síndromes existentes e qual a melhor forma de tratamento.

Em Portugal é através do Programa Nacional para a Saúde Mental, que todos os anos se estabelecem as linhas orientadoras desta questão. O Programa Nacional de Saúde Mental 2018, na sua alínea d) realça a necessidade de “*Desenvolver a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de acordo com a Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde, na área da RNCCP*”.

A Reforma Psiquiátrica (Decreto-Lei n.º 127 de 03 de julho, 1992) apresenta assim como objetivos fundamentais a reinserção social do paciente e a sua inclusão social.

Literacia em Saúde Mental

Conceito

A importância da saúde mental reflete-se no conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde como uma harmonia entre bem-estar físico, mental e social e não só como a ausência de doença. A saúde mental é inerente a qualquer pessoa que pretenda ter saúde (OMS, 2012).

A perturbação mental é caracterizada por alterações do modo de pensar, alterações do humor ou por comportamentos associados com deterioração do funcionamento e diminuição da qualidade de vida. Este impacto das doenças mentais tornou-se evidente aquando do reconhecimento da incapacidade das mesmas (OMS, 2002).

De acordo com o Relatório da Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2016), refere que a saúde mental tem sido uma das áreas mais afetadas pela crise económica nos últimos anos, e foca o subfinanciamento da área como um dos fatores mais relevantes, informando que em Portugal registou-se uma das mais elevadas prevalências de doença mental da Europa, com um aumento das taxas de suicídio em idade ativa (<65 anos).

A falta de compreensão sobre o que são as doenças mentais, o difícil reconhecimento de sinais e sintomas destas doenças contribui de forma substancial para o estigma, comprometendo a procura de ajuda e a adesão aos tratamentos. No sentido de combater o estigma é necessária uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação de profissionais, “campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto das perturbações mentais, a fim de dissipar mitos comuns e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos” (OMS, 2002, p.170).

O conceito de Literacia em Saúde Mental, apesar de estar interrelacionado com os conceitos de promoção e educação para a saúde distingue-se dos mesmos, definindo-se como as crenças e os conhecimentos acerca dos problemas e das perturbações mentais que permitem o seu reconhecimento, gestão e prevenção no sentido do autocuidado (Loureiro, 2015).

Este conceito foi definido pela primeira vez por Francis e seus colaboradores (Francis, 1997). O seu trabalho, realizado na Austrália em 1997, foi um referencial fundamental para a investigação na área da Literacia em Saúde Mental, nos mais diversos contextos (económico, cultural e social) (Francis et al., 1997).

Na operacionalização do conceito de Literacia em Saúde Mental, Jorm (2012) descreveu um conjunto de componentes, incluindo o reconhecimento das perturbações mentais de modo a facilitar a procura de ajuda, reconhecimento da ajuda profissional e tratamentos disponíveis, reconhecimento da eficácia e das estratégias de autoajuda, conhecimento e competências para prestar a primeira ajuda e apoio aos outros e conhecimentos acerca do modo de prevenção das perturbações mentais (Jorm, 2012).

Uma percentagem elevada de pessoas com perturbações mentais não procura ajuda ou demora muito tempo até reconhecer que dela necessita. Para Jorm (2000), muitos indivíduos da população em geral, mesmo nos países desenvolvidos, não conseguem reconhecer sinais e sintomas das perturbações mentais, não conhecendo o significado de alguns termos da psiquiatria. Num estudo que teve como intuito identificar o atraso na procura de ajuda, os adolescentes demonstram dificuldades significativas no reconhecimento das perturbações mentais e na identificação dos seus sintomas chave, traduzindo-se, na prática, por comportamentos de procura de ajuda desajustados das necessidades, com desvalorização das ajudas profissionais e preferência por fontes informais como o grupo de pares ou a família (Jorm, 2014). De acordo com o mesmo autor, pessoas com perturbação do humor, demoram em média 10,6 anos para solicitar ajuda profissional, sendo que 8,4 anos vão desde o início da doença e o reconhecimento de sintomas e 2,2 anos entre o reconhecimento e o pedido de ajuda. A principal causa deste reconhecimento tardio deve-se ao aparecimento dos primeiros sintomas durante a adolescência e a juventude. O reconhecimento de sintomas e a procura de ajuda profissional adequada, nesta faixa etária, exige especial atenção dos pais e de outros adultos.

Esta tem patente diversos princípios, nomeadamente a aprendizagem e a eficácia organizacional, ao nível do processo de diagnóstico e intervenção de situações conflituosas, que se espera que prevaleça no longo prazo; atender às necessidades das partes interessadas, delineando as estratégias para a satisfação das expectativas, contemplando uma aprendizagem coletiva e eficácia organizacional; e a ética, que tem que ser expressa em todas as ações (Rahim, 2002).

Conhecimento sobre os profissionais

Sabe-se que os profissionais especializados em saúde mental são os mais bem preparados para ajudar nos problemas de saúde mental, no entanto o acesso aos mesmos parece dificultado por vários aspetos. Loureiro e Abrantes apontam como fatores que inibem ou dificultam a procura de ajuda “*o nível de literacia em saúde mental (...) as crenças acerca dos profissionais e dos tratamentos, a disponibilidade da ajuda, a acessibilidade, os custos, as experiências prévias com o problema, a familiaridade e, não menos importante, o estigma associado às doenças mentais*” (2014, p.48).

Entre o profissional e o paciente existe um espaço com potencial reparador. Este tipo de relação é caracterizado por ser interpessoal, e está centrada no bem-estar do paciente. O seu desenvolvimento inclui os domínios técnicos e pessoais (Pontes et al., 2008).

É neste sentido que o profissional de saúde mobiliza os seus conhecimentos teóricos, e que utiliza a si próprio igualmente, como instrumento terapêutico.

Os pacientes procuram ajuda em fontes informais, como a família e os amigos e, de acordo com Jorm (2014), preferem estas fontes em alternativa à ajuda disponibilizada por profissionais de saúde mental, professores, assistentes sociais ou linhas de apoio. Esta escolha suscita preocupação por parte dos profissionais de saúde, uma vez que os adolescentes não possuem conhecimentos nem experiência de vida suficientes para assumirem o papel de primeira ajuda em saúde mental.

As perceções sociais associadas à doença mental - mitos e estigmas

As doenças mentais são hoje consideradas comuns e estima-se que 1 em cada 4 pessoas pode sofrer de algum tipo de perturbação mental, tal como ansiedade, depressão ou algum tipo de psicose. De acordo com Rocha (2013), o estigma e a discriminação sobre estes pacientes acabam por interferir com a autoestima do paciente e interferem com a possibilidade de um maior cuidado com o paciente.

De acordo com Selekman (2012), as atitudes e crenças sobre doença mental são geralmente moldadas pelo conhecimento pessoal sobre doença mental, conhecendo e interagindo com alguém que vive com doença mental, estereótipos culturais sobre doença mental, histórias nos media e familiaridade com práticas institucionais e restrições passadas

(por exemplo, restrições de seguro de saúde, emprego restrições de adoção).

Existem diferenças culturais em relação à etiologia das questões de saúde mental e aos fatores de manutenção. O contexto cultural é importante quando se estuda as crenças sobre a saúde mental. A compreensão da saúde mental e a sua interpretação variam de cultura para cultura. A percepção das pessoas sobre a doença explica o seu comportamento de procura de ajuda ou a falta dela (Jones-Smith, 2012). A título de exemplo, estudos asiáticos revelaram a crença de que fatores somáticos e orgânicos levam a problemas emocionais e, portanto, preferem o tratamento físico (Naem et al., 2012).

De forma complementar a este tema, o autor Oliveira, Carolino e Paiva (2012) referem que o estigma representa uma forma de desaprovação social de indivíduos ou grupos com características diferentes da norma, fundamentada em estereótipos e preconceitos negativos, que originam a discriminação. Assim o estigma torna-se um obstáculo à promoção da saúde mental (Corrigan & Watson, 2012; Jorm, 2012).

A literatura em saúde mental é fundamental para a promoção da mesma, e a falta de informação especializada sobre esta problemática, de acordo com Loureiro, Rodrigues, Santos e Oliveira (2014), é a causa de estigmatização do paciente. Da mesma forma, Jorm (2012) acrescenta que a falta de literacia não só restringe a integração do paciente, como não ajuda na prevenção de doenças mentais.

A investigação psiquiátrica sobre a doença mental deve abordar os fatores de risco mais relevantes e que não podem ser esquecidas as condições de enquadramento sociocultural do doente (Cabral, et al., 2008). De acordo com esta autora, o nível socioeconómico e o estatuto profissional apresentam-se como relevantes para o tratamento da doença e para a inserção social do paciente. Os níveis socioeconómicos mais baixos apresentam maiores níveis de violência (Cabral, et al., 2008), pois para além da existência da doença, outros fatores influenciam o comportamento, tais como falta de persistência no tratamento e por vezes consumo de drogas ou álcool. Corroboram esta análise Alves e Rodrigues (2010) que associam os fatores socioeconómicos, à existência de saúde mental e verificam a maior incidência de ansiedade e depressão no género feminino.

A situação de estigmatização do doente mental é abordada por Overton e Medina (2008), que assumem que o doente interioriza os sentimentos de rejeição, o que acaba por promover uma baixa autoestima e resultados fracos de tratamento ou até desistência.

A estigmatização dos doentes acaba por impedir que consigam encontrar uma ocupação adequada às suas capacidades, pois os empregadores têm destes doentes uma ideia

de maior absentismo, instabilidade emocional e de comportamento violento. Em face destas atitudes o próprio indivíduo internaliza ideias de falta de competência e fragilidade, que acabam por diminuir o potencial do seu tratamento e não contribuem para a sua integração na sociedade (Raymond et al., 2015).

A percepção mais comum acerca destes doentes é que são perigosos, imprevisíveis, preguiçosos ou na melhor das hipóteses dignos de pena. Esta representação social da doença mental (Vale & Monteiro, 2010) acaba por atribuir sentidos à doença, que contribuem para que a sociedade veja apenas o lado incapacitante da doença.

A literacia em saúde mental está relacionada com as crenças e os conhecimentos dos indivíduos sobre os problemas/perturbações de saúde mental e o seu tratamento. Neste sentido, constatou-se em alguns estudos (e.g., Selekmann et al., 2012 e Wang et al., 2011), que as pessoas pararam de entrar em contato com os serviços e assinaram a sua própria alta quando diagnosticadas.

Fahad e colaboradores (2016) realizaram uma síntese de estudos qualitativos publicados sobre a percepção e crenças em saúde mental. Todos os temas dos estudos selecionados foram analisados para fornecer uma visão mais ampla dos problemas de saúde mental, as suas causas e gestão percebidas. Os resultados revelam múltiplas causas, descrições e opções de tratamento para problemas de saúde mental, fornecendo, assim, uma visão sobre diferentes comportamentos de busca de ajuda.

Apesar do aumento da problemática de saúde mental, pouco se sabe sobre o conhecimento e percepção do público relativamente aos problemas de saúde mental. O estudo de Benti et al. (2016) teve como objetivo analisar as percepções da comunidade da Cidade de Gimbi – Etiópia relativamente à doença mental. Os resultados demonstraram que 37,3% dos participantes do estudo apresentaram uma má percepção acerca da doença mental.

As percepções dos profissionais de saúde

A forma como as pessoas com doença mental são vistas pelos profissionais de saúde pode ter um impacto significativo nos resultados do tratamento e na sua qualidade de vida (Sartorius et al., 2002; Stuber et al., 2014).

As pessoas com doença mental estabelecem uma relação terapêutica com os profissionais de saúde num momento vulnerável. Quando alguns profissionais de saúde têm

baixas expectativas em relação ao tratamento, acabam por comprometer o processo de recuperação do doente, obtendo assim fracos resultados (Wahl, 2010).

Alguns autores (e.g., Wahl, 2010; Cohen e Cohen 1984) constataram que os profissionais de saúde mental possuem atitudes negativas, por exemplo, em resposta a uma disposição de interagir com as pessoas com doença mental. Sobre este aspeto, o estudo clássico de Cohen e Cohen (1984) propôs que as atitudes dos profissionais de saúde mental são distorcidas negativamente, pelo fato de terem tendência para ver estes pacientes necessitados de tratamento e por interação limitada.

Assim, é possível que os profissionais de saúde tenham atitudes mais positiva em relação aos indivíduos com doença mental em comparação com a população geral, com base em contactos mais regulares (Silton et al., 2011). As perceções dos profissionais de saúde contribuem para o processo de prestação de serviços na recuperação do paciente com doença mental. Assim as diferentes perceções destes profissionais pode afetar a tomada de decisão na prestação de serviços. A este propósito, o estudo de Mamnuah e colaboradores (2019) teve como objetivo descrever as perceções dos profissionais de saúde em relação à recuperação dos pacientes com doença mental na comunidade. Envolveu 12 profissionais de saúde, nomeadamente, dois psiquiatras, dois psicólogos, duas enfermeiras e dois médicos de um centro de saúde pública, dois assistentes sociais e dois funcionários do departamento de saúde.

Os resultados do estudo mostram que existe diferentes perceções entre os profissionais de saúde sobre a recuperação de pacientes com esquizofrenia. Determinaram que alguns profissionais de saúde percebem que os pacientes esquizofrénicos podem alcançar a recuperação total, enquanto outros consideram que os pacientes nunca alcançarão uma recuperação total. O resultado do estudo mostrou que ambos os grupos de os entrevistados são pessimistas sobre a recuperação de esquizofrenia

Loureiro, Dias e Aragão (2008), face à opinião de que os profissionais de saúde mental continuam a ser portadores de preconceito sobre saúde mental, realizaram um estudo com participação de 834 indivíduos do concelho de Penacova, devido à elevada prevalência de problemas ao nível da saúde mental da população. O presente estudo compreende as seguintes questões de investigação: a) quais as crenças e atitudes relativamente aos doentes e às doenças mentais dos residentes no concelho de Penacova nas freguesias de Penacova, Lorvão, São Pedro de Alva e Travanca do Mondego?; b) Quais das crenças, causas quanto à etiologia e restantes variáveis de domínio sociodemográfico, se constituem como predictoras

de atitudes autoritárias versus paternalistas?. Concluíram que existe diferença entre o que a sociedade afirma ser a sua percepção sobre a doença e a forma como age, pois, os resultados acerca das crenças e atitudes perante os doentes e as doenças mentais mostram um nível de aceitação e tolerância elevados, ainda que acompanhadas por mitos como incurabilidade e perigosidade. As análises estatísticas mostram, por um lado que as atitudes mais autoritárias estão principalmente associadas às crenças na incurabilidade e perigosidade, por outro que as atitudes mais benevolentes e tolerantes estão associadas a um maior reconhecimento da doença, inclusive a sua condição médica. Conclui-se que, independentemente da distância entre o pensado e o agido sobre a doença mental, os resultados indiciam uma mudança positiva no modo de encarar estes problemas, ainda que ancorados nos estereótipos da incurabilidade e da perigosidade.

No que respeita ao Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) de Loureiro (2008), Gil (2010) verificou a atitude de estudantes de enfermagem do 3º ano perante os doentes mentais. Inicialmente foram entregues 140 questionários a todos os estudantes que iriam frequentar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria. Após o ensino clínico, entregaram -se novamente os 140 questionários dos quais foram validados 89.

Os resultados remeterem-nos para o facto de os estudantes de enfermagem exprimirem uma visão não estigmatizante da doença mental. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de os estudantes do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem já terem adquirido conhecimentos teóricos sobre esta temática e esses conhecimentos poderão ter contribuído para uma visão menos estigmatizante em relação às doenças e doentes mentais. Os valores dos estereótipos da perigosidade, incurabilidade e responsabilidade individual são acentuados, embora apresentem atitudes de benevolência, tolerância e sensibilidade.

As estratégias educacionais têm resultados mais positivos quando associadas ao contacto direto com os indivíduos portadores de doença mental.

Relativamente ao efeito do ensino clínico nas atitudes dos estudantes, observa-se uma redução ao nível das atitudes negativas e, um aumento nas atitudes positivas. Os resultados deste estudo mostram que a formação prática, contribui para uma perspetiva mais positiva em relação às atitudes dos estudantes acerca das doenças e dos doentes mentais.

Figueiras (2010) confirmou a existência de atitudes estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde, o que constituiria um impedimento para que fosse possível verificar progresso, no acompanhamento dos doentes em meio comunitário. Já Silva e Carvalho (2017, p.48) abordam o estigma associado à doença mental, e verificam, seis dimensões fundamentais, a saber: “visibilidade (até que ponto a característica é óbvia/ detetável pelos outros); curso (tipo de desenvolvimento das condições ao longo do tempo – condição crónica/reversível); desorganização (o impacto da diferença nos relacionamentos interpessoais); estética (a diferença facial/corporal; se gera aversão/percebida como pouco atraente); origem (uma dimensão crucial relacionada com a causa da diferença, em especial se a pessoa é percebida como responsável pela mesma); risco (grau de perigosidade/ameaça que a diferença induz)”. Esta análise permite avaliar as diferentes apreciações sobre o doente mental, consoante a sua aparência física, a possibilidade de cura e o tipo de risco que podem ou não representar para a sociedade. Esta investigação aborda igualmente as possibilidades de reabilitação psicossocial do paciente através da prática de atividades de grupo, que podem ser de nível artístico ou outras, e cujo resultado consegue diminuir o número de internamentos e ainda promove a interação social dos pacientes, que conseguem praticar atividades.

Campos (2017), na sua investigação sobre as crenças e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, verificou a necessidade do estudo dos fatores estigmatizantes dos doentes mentais, por parte dos estudantes de enfermagem, pois em sua opinião haverá necessidade de divulgar a toda a sociedade (escolas, empresas, organizações de apoio à família), as reais características das doenças mentais, para que seja possível contribuir para a formação de uma melhor imagem social acerca do doente mental.

Alguns estudos de investigação sugerem a existência de diferenças entre os sexos quando se trata de atitudes públicas e crenças relacionadas com a doença mental (Holzinger et al., 2012; Jorm et al., 1997).

Wirth e Bodenhausen (2009), demonstrou que as mulheres têm uma maior predisposição para ajudar as pessoas com doença mental, nomeadamente dando-lhes conselhos e apoio emocional.

No estudo de Fiissel (2017) que teve como finalidade analisar as atitudes estigmatizantes dos professores relativamente aos alunos com doença mental, concluiu-se que o sexo dos participantes foi correlacionado com as atitudes estigmatizantes, mostrando

que as professoras teriam atitudes menos estigmatizantes em relação à doença mental e prefeririam menos distância social.

Holzinger e colaboradores (2012) confirmaram através do seu estudo que as mulheres são mais propensas a defender ajuda profissional do que os pacientes do sexo masculino e, enfrentam menos rejeição social do que os pacientes do sexo masculino. No que se relaciona com a prevalência da doença mental, as mulheres apresentam maior risco de desenvolver distúrbios de humor e ansiedade do que os homens.

O estudo de Raymond e colaboradores (2015) avaliou a literacia em saúde mental numa comunidade australiana, no sentido de examinar as diferenças entre os sexos na identificação e nas atitudes de vários aspetos da doença mental. Os resultados de estudo determinaram que os homens demonstraram menos habilidades de alfabetização em saúde mental do que as mulheres.

Importa salientar que as crenças culturais afetam geralmente as atitudes das pessoas relacionadas com as doenças mentais e o seu comportamento na procura de ajuda. A crença nas causas supersticiosas da doença mental pode conduzir à procura de ajuda de médicos, não-médicos que como resultado, dificulta o tratamento. A este propósito, o estudo de Alahmed et al. (2018) teve como objetivo explorar a percepção da doença mental e o comportamento de ajuda entre os estudantes de saúde. Este estudo, envolveu um conjunto de 400 estudantes do curso de saúde em Riad, através de questionários. A análise fatorial produziu quatro dimensões para as causas da psicose: “social”, “psicobiológica”, “supersticiosa” e “socialmente indesejável”; e duas vias de tratamento: “clínicas” versus “intervenções sociais”. Os resultados de estudo determinaram que os entrevistados do género masculino tinham mais tendência para os fatores sociais para a causa da psicose

As perceções dos professores

Uma das classes profissionais que podem de forma direta, observar precocemente os modelos de comportamento em crianças e jovens, é o dos professores. No entanto na sua formação não encontramos em Portugal, conteúdos curriculares que possam preparar melhor para um melhor esclarecimento das faixas etárias mais jovens, quanto à informação sobre o que é a saúde mental e em que consiste a doença mental.

Os professores apesar da sua posição para identificarem sinais de alerta nos adolescentes, não têm um conhecimento muito alargado sobre o suicídio e sentem-se

incapazes para lidar com alunos com doença mental (Rothi, Leavey e Best, 2008). Todavia, são chamados a intervir em muitas situações, em algumas de forma isolada (Franklin et al., 2012). Talvez por isso não devem ser afastados do programa e das sessões de intervenção, podendo aprender pelo exemplo em vez de apenas executar as diretrizes dos peritos em saúde mental (Rothi, Leavey e Best., 2008).

As perspetivas sociais atuais criam fatores de proteção para o desenvolvimento de saúde mental positiva e, fazem parte integrante do ambiente psicológico de cada universo, contexto familiar e ambiente escolar (Graetz et al., 2008; OMS, 2012).

As iniciativas para a promoção da saúde mental seguem um modelo médico, embora com intervenções a três níveis, primário (população geral), secundário (populações de risco) e terciário (populações com dificuldades existentes) (Rowling, 2008; Stewart-Brown, 2006).

De acordo com a OMS (2012) devem ser as escolas e os centros de infância os enquadramentos estratégicos de saúde mental, principalmente em todo o nível da população e, igualmente, em estudantes em risco. De uma forma geral, a reforma e a renovação escolares exigem mudanças e, requerem que os líderes escolares e os professores tenham a capacidade de atuarem como mediadores das Diretivas Políticas. A mudança na escola é multidimensional e envolve todos os aspetos envolvidos, incluindo o planeamento curricular, as estratégias pedagógicas, as crenças, as capacidades de desenvolvimento e as estruturas organizacionais (Waks, 2007).

A promoção da saúde mental dos alunos em contexto escolar

Importa salientar que o desenvolvimento da compreensão das percepções dos professores relativamente aos alunos com doença mental é um desafio útil para o seu trabalho, promover atitudes positivas e redução do desenvolvimento de atitudes estigmatizantes em crianças.

Fiissel (2017) teve como finalidade analisar as atitudes estigmatizantes dos professores relativamente aos alunos com doença mental e, analisar o potencial preditivos de três fatores principais, o nível de contacto prévio com alguém com doença mental, educação anterior sobre a doença mental e as crenças dos professores sobre as causas da doença mental. Numa pesquisa transversal com 237 professores, os resultados de estudo determinaram que existem associações significativas em dois dos principais fatores, as crenças dos professores sobre as causas da doença mental e a quantidade de professores de

contacto anteriores de pessoas com doença mental. O terceiro fator principal que investiga a relação do treino prévio sobre a doença mental não foi significativamente associada a crenças estigmatizantes sobre doença mental em professores. Os resultados forneceram considerações importantes para o desenvolvimento profissional dos professores e para os esforços de saúde mental na escola.

Não obstante nas doenças mentais, o papel do professor é ter o conhecimento adequado para poder identificar possíveis sinais ou sintomas de problemas de saúde mental e doença mental, referir-se adequadamente, e trabalhar de forma eficaz na sala de aula e em colaboração com outros profissionais, como conselheiros escolares, psicólogos e clínicas de saúde mental, para ajudar e apoiar os alunos que foram identificados (Osayande et al., 2018).

Objetivo e hipóteses do presente estudo

Tendo em atenção os pressupostos teóricos apresentados, o presente trabalho tem como objetivo principal avaliar os mitos e estigmas relacionados com a existência de doença mental e verificar as representações sociais, que ainda poderão encontrar-se na sociedade portuguesa, especificamente numa amostra de profissionais da saúde e professores. Espera-se que:

- 1) Os profissionais de saúde mental tenham menos mitos associados à doença mental em comparação com os professores (H1);
- 2) Espera-se que os homens tenham mais mitos associados à doença mental em comparação com as mulheres (H2).

Metodologia

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para investigação científica (CEDIC), da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

Amostra

A presente investigação contou com a participação de 431 indivíduos, com idades entre 17 e 72 anos ($M = 41.9$, $DP = 12.5$). A maioria era do género feminino (72.2%), casada (51.7%) com agregados familiares com 3 ou 4 pessoas (27.6%), doutorada (36.2%) e católica

(59.6%). Um pouco mais de metade eram professores (56,0%). Quanto à naturalidade, a amostra residia em Lisboa (37.1%), Setúbal (19.2%) ou Castelo Branco (13%). Os critérios de inclusão foram: nacionalidade portuguesa e saber preencher questionários online.

Instrumentos

O questionário usado neste estudo foi construído pela equipa de investigadores Alho, Pinho e Alfredo (in press) e Alfredo (2018), para dar resposta aos objetivos da investigação (Anexo I), permitindo o acesso a dados sociodemográficos e clínicos sobre a população em estudo. Está organizado em duas partes. Na primeira caracterização sociodemográfica - informação sobre o sexo, idade, naturalidade, nacionalidade, estado civil, religião, agregado familiar, distrito de residência, escolaridade, profissão e área de trabalho. A segunda parte remete para características sobre a doença mental, comportamentos aditivos e mitos na doença mental.

Na organização do questionário, agrupámos as perguntas em quatro secções.

Na primeira secção é apresentado um conjunto de questões que visam a caracterização sociográfica dos inquiridos.

Na segunda secção, é apresentado um conjunto de questões relacionadas com a identificação do tipo de doença do membro do agregado familiar.

Na terceira secção são apresentadas questões relacionadas com a presença de crime e comportamentos aditivos. Finalmente, na quarta secção são apresentadas questões sobre a comparação área de trabalho e a presença de doença mental.

Procedimento

Para a recolha de dados foi aplicado um questionário online, a nível nacional, para recolher informação acerca dos mitos sobre a doença mental. Foi garantido o anonimato, informando os participantes que a sua participação era voluntária, podendo desistir a qualquer momento e que os resultados seriam utilizados apenas para fins de investigação.

Análises estatísticas

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de

significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson, a análise fatorial exploratória e o teste Manova pois as variáveis dependentes encontravam-se correlacionadas.

Todas as análises estatísticas foram realizadas com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 25.0 para Windows e o Software AMOS v.24.

Resultados

Quase 11 % dos inquiridos afirmava sofrer de doença mental, sendo as mais referidas as perturbações de ansiedade (5.5%) e as perturbações depressivas (4.1%). Cerca de 25% indica que têm alguém no seu agregado familiar portador de doença mental. As mais referidas neste caso eram perturbações depressivas (9%), esquizofrenias (3%), perturbações bipolares (2.7%) e perturbações de ansiedade (2.7%). Cerca de 25% da amostra afirma tomar medicação.

Relativamente à componente criminal, uma percentagem de 14% indica que conhece alguém com doença mental que tenha cometido um ato ilícito. Os mais referidos eram roubo ou furto (3.7%), agressões (2.1%) e violência doméstica (1.4%). Uma percentagem de 6% destas pessoas chegou a cumprir pena.

Quando se questionou os inquiridos sobre se têm comportamentos aditivos, 16% responde afirmativamente. O consumo de tabaco (9.6%), álcool (3.9%) ou outras drogas são os mais referidos (3.9%). Um em cada quatro inquiridos indica ter alguém na família com problemas relacionados com comportamentos aditivos. Novamente o consumo de álcool (11.9%), tabaco (9.8%) ou outras drogas são os mais referidos (6.2%).

No que diz respeito ao questionário sobre os mitos na doença mental, podemos apreciar as estatísticas descritivas das respostas à escala de crenças sobre a doença mental (anexo III). Em cinza claro evidenciamos as respostas mais frequentes (moda). A afirmação com a média mais elevada foi “*Eu ajudaria alguém com doença mental a atravessar a rua*” ($M = 4.47$) enquanto a afirmação com a média mais baixa foi “*A doença mental é contagiosa*” ($M = 1.10$). Concluindo assim que em relação à doença mental, existe menos mitos.

A análise da estrutura relacional dos 36 itens do *Questionário sobre os mitos na doença mental* foi efetuada através da análise fatorial exploratória sobre a matriz das

correlações, com extração dos fatores pelo método das componentes principais seguida de rotação Varimax.

Os fatores comuns retidos foram os que apresentaram um eigenvalue superior a 1. A validade da análise fatorial foi feita através do KMO (0,855, bom) e teste de Bartlett (significativo) e indica-nos valores aceitáveis para a sua prossecução. A análise fatorial convergiu para uma solução com 11 componentes principais que explicam 62,2% da variância total. Esta solução apresentava muitos itens com *crossloading* e afastava-se muito da solução encontrada por Alfredo (2018), pelo que procedeu a novas análises fatoriais.

Chegou-se a uma última forçada a 7 dimensões muito semelhante à encontra pelo autor citado. Assim, a primeira componente tem 4 de todos os itens da componente original. A segunda componente tem todos os 4 itens da componente original. A terceira componente tem todos os 3 itens da componente original. A quarta componente tem todos os 3 itens da componente original. A quinta componente tem todos os 3 itens da componente original. A sexta componente tem 2 itens da componente original e a sétima componente também. Deste modo as componentes forma designadas como: Criminalidade(1), Agressividade(2), Encarceramento(3), Medo e Perigosidade(4), Origem e efeito(5), Opiniões(6), Mitos(7) sobre a doença mental. As sete componentes explicam 62.1% da variância total, conforme a tabela 1.

Tabela 1 - Matriz de componentes rodada

	Componentes						
	1	2	3	4	5	6	7
P_29	,777						
P_30	,750						
P_31	,742						
P_28	,728						
P_12		,852					
P_13		,802					
P_01		,689					
P_23	,391	,419					
P_34			,868				
P_33			,854				
P_35			,456		,384		-,333
P_26				,758			
P_27				,688	,332		
P_32				,649			
P_02					,779		
P_04					,747		
P_06					,553		
P_25	,313					,633	
P_10						,496	,454
P_36			,376			,458	
P_07							,845

A consistência interna das questões relacionadas com os mitos na doença mental, avaliada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, foi superior a .60, com exceção da subescala Mitos que apresenta um valor considerado como inaceitável, pelo que não será considerada em estatísticas subsequentes. A categorização dos valores de Alfa segue o publicado em Hill (2016).

Tabela 2 - Consistência interna

	Alfa de Cronbach	Nr de itens
Criminalidade	.819	4
Agressividade	.783	4
Encarceramento	.881	2
Medo e Perigosidade	.650	3
Origem e efeito	.664	3
Opiniões	.646	2
Mitos	.371	2

As estatísticas descritivas das dimensões podem ser apreciadas na tabela 10. Nela indicamos os valores mínimos e máximo, médias e respetivos desvios padrão. A dimensão com a média mais elevada foi Agressividade (2.43) e a com a média mais baixa foi Encarceramento (1.30).

Tabela 3 - Estatísticas descritivas

	Min	Max	M	DP
Criminalidade	1,00	4,75	2,20	,94
Agressividade	1,00	5,00	2,43	,88
Encarceramento	1,00	4,50	1,30	,66
Medo	1,00	4,67	2,23	,87
Origem	1,00	5,00	1,22	,46
Opiniões	1,00	4,00	1,41	,66

Comparação por género

O teste multivariado da Manova indica que existem diferenças significativas entre género em pelo menos uma das dimensões, Pillai's Trace = .043, $F(6, 424) = 3.171$, $p = .005$. As diferenças encontram-se nas dimensões Criminalidade, $F(1, 429) = 4.829$, $p = .029$, com o género feminino a obter valores mais elevados nesta dimensão (2.27 vs 2.05) e na dimensão

Origem, $F(1, 429) = 6.343$, $p = .012$, com o género masculino a obter valores mais elevados nesta dimensão (1.31 vs 1.19). Assim, em relação à variável género, foi possível verificar que existem mitos na doença mental em ambos géneros, verificando-se que os homens têm valores mais elevados na dimensão Origem, $F(1, 429) = 6.343$, $p = .012$, (1.31 vs 1.19) (ver Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação por género

Sexo	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
Criminalidade	2,27	,94	2,05	,91	4,829*
Agressividade	2,43	,91	2,45	,82	,045
Encarceramento	1,30	,67	1,32	,67	,067
Medo	2,27	,87	2,23	,90	,142
Origem	1,19	,45	1,31	,52	6,343*
Opiniões	1,39	,66	1,50	,66	2,767

Comparação área de trabalho

O teste multivariado da Manova indica que existem diferenças significativas em função da área de trabalho em pelo menos uma das dimensões, Pillai's Trace = .078, $F(7, 302) = 3.662$, $p = .001$. As diferenças encontram-se nas dimensões Agressividade, $F(1, 308) = 15.654$, $p = .001$, com os Professores a obter valores mais elevados nesta dimensão (2.50 vs 2.04); na dimensão Medo, $F(1, 308) = 4.964$, $p = .027$, com os Professores a obter valores mais elevados nesta dimensão (2.28 vs 2.01) e na dimensão Opiniões, $F(1, 308) = 8.987$, $p = .002$, com os Professores a obter valores mais elevados nesta dimensão (1.43 vs 1.19).

Quanto a esta variável, foram encontradas diferenças significativas, verificando-se que quem trabalha na área da saúde mental tem menos mitos do que os professores (ver Tabela 5).

Tabela 5 – Área de trabalho

Sexo	Saúde Mental		Professores		F
	M	DP	M	DP	
Criminalidade	2,11	1,03	2,23	,95	,727
Agressividade	2,04	,85	2,50	,85	15,654***
Encarceramento	1,16	,40	1,33	,71	3,504
Medo	2,01	,81	2,28	,91	4,964*
Origem	1,15	,37	1,22	,42	1,399
Opiniões	1,19	,40	1,43	,64	8,987**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Discussão

As doenças mentais são consideradas comuns e ocorrem em muitas sociedades. A estimativa é de que 1 em cada 5 pessoas pode sofrer de algum tipo de perturbação mental, tal como ansiedade, depressão ou algum tipo de psicose (Rocha 2013).

Embora o conhecimento tenha avançado nesta área, continua a verificar-se a existência de mitos e estigmas sobre a doença mental. Pouco se sabe sobre o conhecimento e percepção do público relativamente aos problemas de saúde mental (Benti et al., 2016). O estigma torna-se um obstáculo à promoção da saúde mental e por este motivo, esta investigação reveste-se de especial importância, mostrando que ainda falta informação especializada sobre esta problemática e existe falta de literacia da população em geral, acerca do que significa a doença mental, as suas manifestações e as diferentes patologias existentes (Niwa et al., 2017).

Foram propostas como hipóteses de trabalho que os profissionais de saúde mental tinham menos mitos associados à doença mental em comparação com os professores e que os homens tinham mais mitos associados à doença mental em comparação com as mulheres.

Em relação à comparação de área de trabalho, ou seja, que os profissionais de saúde mental tinham menos mitos associados à doença mental em comparação com os professores (Hipótese 1), foi verificado no presente estudo que os profissionais de saúde apresentam menos mitos em relação à saúde mental do que os professores. Os professores obtêm valores elevados em certas respostas, tais como “Os doentes mentais deveriam viver afastados da sociedade”; “As pessoas com esquizofrenia deveriam viver afastadas da sociedade”, o que

se torna preocupante, uma vez que um dos grupos sociais que pode observar precocemente os modelos de comportamento em crianças e jovens, é precisamente o grupo dos professores. Estes podem identificar sinais de alerta nos adolescentes, no entanto, parece que não têm um conhecimento muito alargado e sentem-se incapazes para lidar com alunos com doença mental (Rothi, Leavey e Best, 2008). Isto significa que são necessários programas de sensibilização e conteúdos curriculares na formação destes agentes de educação, por forma a disseminar os mitos associados à doença mental e também como vertente educativa e integrativa.

De acordo com a OMS (2012) devem ser as escolas e os centros de infância os enquadramentos estratégicos de saúde mental, principalmente em todo o nível da população e, igualmente, em estudantes em risco. De uma forma geral, a reforma e a renovação escolares exigem mudanças e, requerem que os líderes escolares e os professores tenham a capacidade de atuarem como mediadores das Diretivas Políticas.

Neste contexto, pode-se verificar que de acordo com o estudo de Juan-Porcar e colaboradores (2015), a presença de mudanças no modelo de saúde mental da instituição de cuidados de saúde, prepara os profissionais para um cuidado mais profissional e sem mitos e crenças. O trabalho de Fiissel (2017) teve como objetivo explorar as atitudes estigmatizantes dos professores em relação àqueles com doença mental e examinou o potencial preditivo de três fatores principais (ou seja, nível de contato anterior com alguém com doença mental, educação anterior sobre doença mental e crenças dos professores sobre as causas doença mental). Os resultados do estudo determinaram que existem associações significativas em dois fatores, as crenças dos professores sobre as causas da doença mental e o número de professores que estigmatizaram a doença, e os níveis mais altos foram associados a atitudes mais estigmatizantes, e os níveis mais baixos de crenças causais foram associadas a atitudes menos estigmatizantes.

Os nossos resultados vão ao encontro do estudo de Marques et al. (2012), que através da análise de entrevistas fornecidas por assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais revela a presença de crenças e atitudes estigmatizantes nos profissionais de saúde mental, em relação à doença mental, apesar da educação ou do local em que trabalham. Apesar de encontrarmos mais mitos e estigmas associados à doença mental nos professores, não quer dizer que os profissionais de saúde não tenham mitos associados. Na tabela 5 podemos observar a existência de mitos e estigmas associados à doença mental nos profissionais de saúde.

Relativamente à segunda hipótese, onde se esperava que os homens apresentassem mais mitos associados à doença mental em comparação com as mulheres, os resultados corroboram a hipótese, revelando que são os homens quem têm percepções mais enviesadas relativamente aos mitos da doença mental que as mulheres, exemplificando com a obtenção de valores mais elevados em algumas questões, como por exemplo na questão “A doença mental está relacionada pouca inteligência e com a pobreza”; “A doença mental é contagiosa”. Sobre este aspeto, salienta-se o estudo de Wirth, eBodenhausen (2009), onde foi demonstrado que as mulheres têm uma maior predisposição para ajudar as pessoas com doença mental, nomeadamente dando-lhes conselhos e apoio emocional.

O estudo de Raymond e colaboradores (2015), teve como objetivo investigar a alfabetização sobre a saúde mental na Austrália, com 373 participantes para determinar as diferenças entre géneros e diversos mitos em relação à doença. Os resultados do estudo demonstraram que os homens possuem menos habilidades de alfabetização em saúde mental do que as mulheres, e classificam os sintomas como menos graves.

Apesar de termos recolhido informação sobre a doença mental e os estigmas associados ao crime, os dados não foram usados para fins desta dissertação, pois ultrapassam os objetivos da mesma.

O estudo de Marques e colaboradores (2012) teve como objetivo explorar e esclarecer a presença ou ausência de atitudes estigmatizantes em profissionais de saúde mental, em 24 profissionais de saúde mental no Hospital especializado em psiquiatria e uma Associação Comunitária no Porto, Portugal. A análise das entrevistas fornecida por assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais revela a presença de crenças e atitudes estigmatizantes em relação à doença mental, apesar da educação ou do local em que trabalham. Existem algumas exceções, como idade e ocupação, que parecem influenciar as perspetivas dos profissionais.

Para investigações futuras, sugere-se aprofundar esta linha de investigação, aprofundando os mitos e estigmas existentes nas diferentes faixas etárias e por área geográfica.

Além dos programas mencionados ao longo do presente texto, é importante salientar que os principais programas de prevenção e intervenção na área da saúde mental são eficientes se incluem alguns pontos essenciais, como a inclusão de estratégias que permitam aumentar a educação e o contacto, conduzindo a resultados mais positivos, promovendo um maior conhecimento, confiança e empatia, serem implementados Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias | Escola de Psicologia e Ciências da Vida

localmente, dirigidos a grupos específicos. Devemos apostar na literatura em saúde mental, pois ela é fundamental para a promoção da mesma. A falta de literacia não só restringe a integração do paciente, como não ajuda na prevenção de doenças mentais (Jorm (2012)).

Referências bibliográficas

- Alho, L., Pinho, L., & Alfredo, T. (in press). Mental illness: from myths to reality.
- Alahmed, S., Irfan, A. & Masuadi, E. (2018). *Perceptions of mental illness etiology and treatment in Saudi Arabian healthcare students: A cross-sectional study*. SAGE Open Medicine. Volume 6: 1–10
- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV- Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi e Editores
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-V- Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Porto Alegre. Artmed Editora Ltd.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2014). *The psychology of criminal conduct*. N.Y.: Routledge.
- Azenha, Sónia., (2014). *O internamento compulsivo e a representação da doença mental: percurso histórico*. Arquivos de Medicina, 28(2), 54-60. Retrieved October 25, 2017, from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132014000200005&lng=en&tlng=en.
- Barry, M., Allegrante, J., Lamarre, M. & Auld, M. E. (2009). *The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education*, July, 16(2).
- Breuer, C. A. (2016). *High School Teachers' Perceptions of Mental Health and Adolescent Depression*. Dissertation for the Doctoral Degree in Clinical Psychology, Walden University
- Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?*. World Health Organization
- Cabral, A. S., Macedo, A. & Vieira, D. N. (2008). *Da Doença Mental à Violência*. Dezembro, pp. 13-20.
- Cohen, Cláudio. (1999). *A periculosidade social e a saúde mental*. Revista Brasileira de Psiquiatria. Doi:10.1590/S151644461999000400006
- Collins, P., Patel, V. & Walport, M. (2011). *Grand challenges in global mental health*. Nature, Vol 475, pp. 27-30.

- Corrigan, P. W., Michaels, P. J., Vega, E., Gause, M., Watson, A. C., & Rüsch, N. (2012). *Self-stigma of mental illness scale—short form: reliability and validity. Psychiatry research*, 199(1), 65-69.
- Corrigan, P., Morris, S., Michaels, P., Rafacz, & J., Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: *A meta-analysis of outcome studies*. *Psychiatric Services*, 63, 963-973.
- Cotton, S., Wright, A., Harris, M., Jorm, A., & McGorry, P. (2006). Influence of Gender on Mental Health Literacy in Young Australians. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Volume 40, nº9, pp. 790-796.
- Dempsey, C., Battel-Kirk, B., & Barry, M. (2011). *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook*. Health Promotion Research Centre. National University of Ireland Galway.
- Dempsey, A. & Ribak, J. (2012). *The Future of the Psychiatric Mental Health Clinical Nurse Specialist: Evolution or Extinction*, June, Volume 47, pp. 295-304.
- Desviat, M. & Pérez, A. M. (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*.
- Estanislau, G. M., & Bressan, R. A. (2014). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Fazenda, I. (2006). *Saúde Mental: do Hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Fiissel, B. S. (2017). *Teachers' Perceptions of Mental illness: Predicting Factors in the Stigma of Mental Illness*. Faculty of Graduate Studies and Research, University of Regina
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archeology of medical perception*, trans. London: Tavistock.
- Franklin, C., Kim, J., Kelly, M. & Montgomery, K. (2012). Children and Youth Services Review. *Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review*, May, pp. 973-982.

- Gallagher, S. E., Moran, R., Tedstone, D. & O'Doherty, Y. K. (2008). *Internet use and seeking health information online in Ireland: Demographic characteristics and mental health characteristics of users and non-users*. Dublin: Health Research Board.
- Gibbons, R. J., Thorsteinsson, E. B. & Loi, N. M. (2015). *Beliefs and attitudes towards mental illness: an examination of the sex differences in mental health literacy in a community sample*. PeerJ 3:e1004 <https://doi.org/10.7717/peerj.1004>
- Graetz, B., Littlefield, L., Trinder, M., Dobia, B., Souter, M., Champion, C., et al. (2008). KidsMatter: A Population Health Model to Support Student Mental Health and Well-being in Primary Schools. *International Journal of Mental Health Promotion*, Volume 10, pp. 13-20.
- Guerreiro, D. F. & Sampaio, D. (2013). *Revista Portuguesa de Saúde Pública. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa*, Volume 31, pp. 213-222.
- Howat, P., Lower, T., James, R. & Shilton, T. (2001). *Health promotion development and health promotion workforce competency in Australia*. *Health Promotion Journal of Australia*, Aug, 11(2), pp. 117-123.
- Hughes, L. (2009). *Engaging students with ADHD in mainstream education: lessons from*. *The International Journal of Emotional Education*, April , 1(1), pp. 108-117.
- Jorm, A. F. (2012). *Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health*. *American Psychologist*, 67(3), 231.
- Jorm, A. F. (2014). *Mental Health Literacy: Promoting Public Action to Reduce Mental Health Problems*.
- Kelleher, Shannon R. (2014). *Teachers' Beliefs About Mental Health Issues*. Electronic Theses, Projects, and Dissertations. Paper 16.
- Keyes, C. L., & Lopez, S. J. (2009). *Toward a science of mental health*. *Oxford handbook of positive psychology*, 89-95.

- Kidger, J., Gunnell, D., Biddle, L., Campbell, R., & Donovan, J. (2010). *Part and parcel of teaching? Secondary school staff's views on supporting student emotional health and wellbeing*. British Educational Research Journal, 36, 919-935.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press.
- Loureiro, L. (2008). *Representações sociais da loucura: Importância para a promoção da saúde mental*. Estudo realizado numa amostra de residentes no concelho de Penacova. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Mental do Instituto Superior de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.
- Loureiro, L., Dias, C., & Aragão, R. (2008). *Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura*. Revista de Enfermagem Referência. 2(8), 33–44.
- Loureiro, L. M. D. J., Mendes, A. M. D. O. C., Barroso, T. M. M. D. D., Santos, J. C. P. D., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). *Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios*. Revista de Enfermagem Referência, (6), 157-166.
- Loureiro, L. (2014). *Primeira Ajuda em Saúde Mental*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, 2014. 127p. ISBN: 978-989-97031-9-3.
- Loureiro, L., & Abrantes, R. (2014). *Estigma e Procura de Ajuda em Saúde Mental*. In Literacia em Saúde Mental - Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir (Vol. 8, pp. 41-61). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. ISBN: 978-989-97031-8-6.
- Loureiro, L. (2015). *Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALisSMental: estudo das propriedades psicométricas*. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra. ISSN: 0874.0283. Série IV, nº 4 (2015), p. 79-88;
- Mamnua, Nurjannah, I., Prabandari, Y. S. & Marchira, C. R., 2019. *Health Professional's Perceptions Toward Recovery of Patients Schizophrenia in Community*. The Open Public Health Journal, 25 January. Volume 12.

- Marques , A. J., Figueiras, J. & Queiros, C. (2012). P-1185 - *Mental illness stigma in mental health professionals*. *European Psychiatry*, 27(1), p. 1.
- Mojtabai, R. (2010). Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(7), 705-712.
- Niwa M., Padgett, C, T., Kubo, K., Saito, A., Ishii, K., Sumitomo, A., et al. (2016). *DISC1 a key molecular lead in psychiatry and neurodevelopment: No-More Disrupted-in-Schizophrenia 1*. *Molecular Psychiatry*. Vol 21, pp. 1488-1489.
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). *Programa saúde mental sem estigma: efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 30-37.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1ª ed. Lisboa: DGS, 209p.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país*. Informe de la Secretaría. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pereira, A. (1986). *A Institucionalização da loucura em Portugal*. *Revista Critica de Ciências Sociais*. Coimbra
- Pereira, Á. C. (2013). *Representações sociais sobre saúde mental, políticas públicas e práticas profissionais: um estudo em Manfrinópolis-PR* (Master's thesis, Universidade Tecnológica Federal do Paraná).
- Pereira , Á. C. (2013). *Representações sociais sobre saúde mental, políticas públicas e práticas profissionais: um estudo em Manfrinópolis – PR*. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Regional, Universidade Tecnológica Federal do Paraná.
- Pereira, M. A. O. (2003). *Representação da doença mental pela família do paciente*. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 7, 71-82.

- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2005). *Young people's help-seeking for mental health problems. Journal for the Advancement of Mental Health*, 4, 218-251.
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). *Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE1), 125-132.
- Rosa, A., Loureiro, L; Sousa, C. (2014). *Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes.*
- Rothi, D.; Leavey, G. & Best, R. (2008). *On the front-line: teachers as active observers of pupils' mental health. Teaching and Teacher education*, 24(5), 1217-1231. doi:10.1016/j.tate.2007.09.011
- Rowling, L. (2008). *School Mental Health: Politics, Power and Practice, Advances in School Mental Health Promotion*, 1:sup1, 23 31, Doi: 10.1080/1754730X.2008.9715742
- Selekman J. (2012). *Pessoas de herança judaica. In: Purnell LD, editor. Cuidados de saúde transculturais: uma abordagem culturalmente competente.* 4th ed. Filadélfia, PA: FA Davis. pp. 338–356.
- Serviço Nacional de Saúde, (2017). *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*, s.l.: s.n.
- Sprinthall, N. & Collins, W. (2011). *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista.* (C. M. C. Vieira, Trad.). (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Srivastava, D., Tomaz, S., Favez, O., Lanzafame, M, G., Golly, B., Besombes, JL., et al. (2018). *Speciation of organic fraction does matter for source apportionment. Part 1: A one-year campaign in Grenoble (France).* Science of The Total Environment, 15 May, Volume 624, pp. 1598-1611.
- Wirth, J., & Bodenhausen, G. (2009). *The role of gender in mental-illness stigma.* Psychological Science.

- Wesselmann, E. & Graziano, W. (2010). *Sinful and/or Possessed? Religious Beliefs and Mental Illness Stigma*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (4), 402-437
- WHO. (2013). *What is a health promoting school?*. Retrieved Oct 9, 2013, from http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html.

Anexos

Anexo I

Questionário Sociodemográfico

Anexo II

Questionário sobre os Mitos na Doença Mental

Anexo III

Questionário sobre os mitos na doença mental

Anexo I - Questionário Sociodemográfico (Alho, Pinho, & Alfredo, in press)

1. Sexo *

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

2. Idade *

3. Naturalidade - distrito *

- ☐ Açores
- ☐ Madeira
- ☐ Aveiro
- ☐ Beja
- ☐ Braga
- ☐ Bragança
- ☐ Castelo Branco
- ☐ Coimbra
- ☐ Évora
- ☐ Faro
- ☐ Guarda
- ☐ Leiria
- ☐ Lisboa
- ☐ Portalegre
- ☐ Porto
- ☐ Santarém
- ☐ Setúbal
- ☐ Viana do Castelo
- ☐ Vila Real
- ☐ Viseu
- ☐ Outro

4. Nacionalidade *

5. Religião *

- ☐ Católico
- ☐ Evangélico
- ☐ Muçulmano
- ☐ Ateu
- ☐ Outro

6. Estado Civil *

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado/ União de facto
- ☐ Viúvo
- ☐ Divorciado/ Separado

7. Quantas pessoas compõem o seu agregado?

8. Distrito de Residência *

- ☐ Açores
- ☐ Madeira
- ☐ Aveiro
- ☐ Beja
- ☐ Braga
- ☐ Bragança
- ☐ Castelo Branco
- ☐ Coimbra
- ☐ Évora
- ☐ Leiria
- ☐ Lisboa
- ☐ Portalegre
- ☐ Porto
- ☐ Santarém
- ☐ Setúbal
- ☐ Viana do Castelo
- ☐ Vila Real
- ☐ Viseu
- ☐ Outro

9. Escolaridade *

- ☐ Analfabeto
- ☐ 4º ano
- ☐ 6ºano
- ☐ 9º ano de escolaridade
- ☐ 12º ano de escolaridade
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

10. Profissão *

11. Área de Trabalho *

- ☐ Saúde Mental
- ☐ Outra Área

12. Sofre de doença mental? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

12.1. Se sim, qual?

- ☐ Perturbação Depressiva
- ☐ Perturbação Bipolar
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Outra perturbação psicótica
- ☐ Perturbação de Ansiedade
- ☐ Perturbação Obsessivo-Compulsiva
- ☐ Perturbação da Personalidade
- ☐ Perturbação da Alimentação (Anorexia, Bulimia ou outra)
- ☐ Comportamentos aditivos com substância (Alcoolismo)
- ☐ Comportamentos aditivos com substância (cannabis, opiáceos ou alucinogénios)
- ☐ Outros comportamentos aditivos
- ☐ Não sei
- ☐ Outra perturbação

13. Tem alguém no seu agregado familiar portador de doença mental? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

13.1. Se sim, Qual a doença?

- ☐ Perturbação Depressiva
- ☐ Perturbação Bipolar
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Outra perturbação psicótica
- ☐ Perturbação de Ansiedade
- ☐ Perturbação Obsessivo-Compulsiva
- ☐ Perturbação da Personalidade
- ☐ Perturbação da Alimentação (Anorexia, Bulimia ou outra)
- ☐ Comportamentos aditivos com substância (Alcoolismo)
- ☐ Comportamentos aditivos com substância (cannabis, opiáceos ou alucinogénios)
- ☐ Outros comportamentos aditivos
- ☐ Não sei
- ☐ Outra peturbação

14. Tem alguém na família que trabalhe na área da saúde mental? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

15. Conhece alguma pessoa com doença mental que tenha cometido um ato ilícito? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

15.1. Se sim, qual o Crime?

15.2. Cumpriu pena?

- ☐ Sim
- ☐ Não

16. Tem comportamentos aditivos? (ex: Álcool, Drogas) *

- ☐ Sim
- ☐ Não

16.1. Se sim, qual?

- ☐ Álcool

- Tabaco
- Outras drogas

17. Toma medicação? *

- Sim
- Não

17.1. Se sim, qual?

18. Tem alguém na família com problemas relacionados com comportamentos aditivos?

(ex: Álcool, drogas) *

- Sim
- Não

18.1. Se sim, qual?

- Álcool
- Tabaco
- Outras drogas

Anexo II - Escala de Avaliação sobre Mitos na Doença Mental (Alho, Pinho, & Alfredo, in press)

Ser-lhe-á apresentado de seguida um conjunto de afirmações que deve responder de acordo com aquilo que pensa, sabendo que 1 = *Discordo Completamente*; 2 = *Discordo em Parte*; 3 = *Não Concordo nem Discordo*; 4 = *Concordo em Parte*; 5 = *Concordo Totalmente*. Responda com sinceridade e sem demorar muito tempo a pensar na resposta. Não há respostas certas ou erradas.

	1 Discordo Completamente	2 Discordo em parte	3 Não concordo nem discordo	4 Concordo em parte	5 Concordo totalmente
1. As pessoas portadoras de doença mental são mais violentas e perigosas.					
2. A doença mental está relacionada com a pobreza.					
3. A doença mental está relacionada com a fraqueza individual.					
4. A doença mental está relacionada pouca inteligência.					
5. A doença mental é causada por culpa do próprio sujeito.					
6. A doença mental é contagiosa.					
7. A doença mental é incurável.					
8. A doença mental é resultado de uma má infância.					
9. As terapias para os doentes mentais são uma perda de tempo.					
10. O doente mental não deveria ter filhos.					
11. Eu ajudaria alguém com doença mental a atravessar a rua.					
12. Os doentes mentais são mais agressivos numa discussão.					
13. Os doentes mentais podem infligir mais dor nas agressões.					
14. Os doentes mentais que cometem crimes vão ter dificuldades em reintegrarem-se na sociedade.					
15. Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados são colocados à margem se forem para uma prisão comum.					

16. Os doentes mentais que cometem crimes não conseguem voltar a arranjar emprego.					
17. Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados sentem-se abandonados pela família.					
18. Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados têm dificuldades no acesso à saúde (consultas, exames)?					
19. Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados têm apoios do estado para se reinserirem na comunidade?					
20. Os doentes mentais que cometem crimes não têm esperança de melhora e/ou cura.					
21. Os doentes mentais que cometem crimes incomodam-me.					
22. Os doentes mentais cometem crimes por causa dos medicamentos que tomam.					
23. As pessoas com doença mental são mais perigosas que as pessoas sem doença mental.					
24. As pessoas com doença mental cometem mais crimes que as pessoas sem doença mental.					
25. As pessoas com doença mental têm penas mais elevadas quando cometem um crime do que as pessoas sem doença mental.					
26. Tenho medo das pessoas com esquizofrenia.					
27. Tenho medo das pessoas com depressão.					
28. O homicídio é mais frequente nas pessoas com doença mental.					
29. O assédio sexual é mais frequente nas pessoas com doença mental.					
30. Os furtos ou roubos são mais frequentes nas pessoas com doença mental.					
31. A pedofilia é mais frequente nas pessoas com doença mental.					
32. A esquizofrenia é uma doença perigosa.					
33. Os doentes mentais deveriam viver afastados da sociedade.					
34. As pessoas com esquizofrenia deveriam viver afastadas da sociedade.					
35. As pessoas com depressão são perigosas.					
36. As pessoas com doença mental nunca são competentes no trabalho.					

Anexo III - Questionário sobre os mitos na doença mental

	1	2	3	4	5	M	DP
1. As pessoas portadoras de doença mental são mais violentas e perigosas.	20,9%	27,8%	23,0%	27,1%	1,2%	2,60	1,13
2. A doença mental está relacionada com a pobreza.	77,7%	11,1%	4,6%	6,3%	0,2%	1,40	0,86
3. A doença mental está relacionada com a fraqueza individual.	65,2%	15,1%	7,2%	11,8%	0,7%	1,68	1,08
4. A doença mental está relacionada com pouca inteligência.	89,6%	5,1%	4,2%	0,9%	0,2%	1,17	0,56
5. A doença mental é causada por culpa do próprio sujeito.	71,9%	15,5%	7,0%	5,1%	0,5%	1,47	0,87
6. A doença mental é contagiosa.	95,1%	2,3%	0,9%	1,2%	0,5%	1,10	0,48
7. A doença mental é incurável.	25,3%	41,5%	14,8%	16,0%	2,3%	2,29	1,08
8. A doença mental é resultado de uma má infância.	35,3%	26,9%	13,9%	23,2%	0,7%	2,27	1,19
9. As terapias para os doentes mentais são uma perda de tempo.	87,2%	6,5%	4,6%	1,4%	0,2%	1,21	0,61
10. O doente mental não deveria ter filhos.	38,5%	26,9%	16,2%	15,8%	2,6%	2,17	1,18
11. Eu ajudaria alguém com doença mental a atravessar a rua.	1,6%	2,3%	9,7%	20,4%	65,9%	4,47	0,88
12. Os doentes mentais são mais agressivos numa discussão.	23,0%	21,1%	30,4%	23,0%	2,6%	2,61	1,15
13. Os doentes mentais podem infligir mais dor nas agressões.	33,6%	17,9%	31,8%	15,5%	1,2%	2,33	1,13
14. Os doentes mentais que cometem crimes vão ter dificuldades em reintegrarem-se na sociedade.	6,7%	14,8%	17,9%	45,2%	15,3%	3,48	1,12
15. Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados são colocados à margem se forem para uma prisão comum.	3,5%	6,5%	46,6%	32,3%	11,1%	3,41	0,90
16. Os doentes mentais que cometem crimes não conseguem voltar a arranjar emprego.	6,7%	14,4%	29,5%	44,1%	5,3%	3,27	1,00
17. Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados são abandonados pela família.	12,8%	15,5%	45,5%	25,3%	0,9%	2,86	0,97
18. Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados têm dificuldades no acesso à saúde	29,5%	18,6%	34,6%	15,3%	2,1%	2,42	1,13
19. Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados têm apoios do estado para se reinserirem	10,4%	11,8%	55,5%	17,2%	5,1%	2,95	0,95
20. Os doentes mentais que cometem crimes não têm esperança de melhora e/ou cura.	29,9%	29,0%	25,3%	15,1%	0,7%	2,28	1,07

Perceções Sociais sobre Doença Mental numa Amostra de Professores e Profissionais de Saúde

21. Os doentes mentais que cometem crimes incomodam-me.	26,2%	18,6%	22,3%	26,2%	6,7%	2,69	1,29
22. Os doentes mentais cometem crimes por causa dos medicamentos que tomam.	58,9%	19,0%	17,6%	3,9%	0,5%	1,68	0,93
23. As pessoas com doença mental são mais perigosas que as pessoas sem doença mental.	36,7%	26,0%	19,7%	16,2%	1,4%	2,20	1,14
24. As pessoas com doença mental cometem mais crimes que as pessoas sem doença mental.	48,5%	15,1%	27,6%	7,7%	1,2%	1,98	1,08
25. As pessoas com doença mental têm penas mais elevadas quando cometem um crime	42,2%	17,4%	37,8%	2,1%	0,5%	2,01	0,96
26. Tenho medo das pessoas com esquizofrenia.	36,2%	21,6%	16,2%	23,0%	3,0%	2,35	1,26
27. Tenho medo das pessoas com depressão.	72,9%	13,7%	7,9%	5,1%	0,5%	1,47	0,88
28. O homicídio é mais frequente nas pessoas com doença mental.	35,0%	11,6%	34,3%	16,7%	2,3%	2,40	1,19
29. O assédio sexual é mais frequente nas pessoas com doença mental.	41,8%	14,6%	33,6%	8,1%	1,9%	2,14	1,11
30. Os furtos ou roubos são mais frequentes nas pessoas com doença mental.	51,0%	13,9%	29,9%	4,9%	0,2%	1,89	1,01
31. A pedofilia é mais frequente nas pessoas com doença mental.	39,7%	10,9%	28,1%	13,0%	8,4%	2,39	1,34
32. A esquizofrenia é uma doença perigosa.	16,5%	22,7%	17,9%	34,1%	8,8%	2,96	1,26
33. Os doentes mentais deveriam viver afastados da sociedade.	80,5%	11,6%	4,6%	3,2%	0,0%	1,31	0,71
34. As pessoas com esquizofrenia deveriam viver afastadas da sociedade.	79,4%	13,7%	4,2%	2,3%	0,5%	1,31	0,70
35. As pessoas com depressão são preguiçosas.	80,3%	8,6%	6,5%	3,9%	0,7%	1,36	0,83
36. As pessoas com doença mental nunca são competentes no trabalho.	66,6%	21,6%	9,5%	2,3%	0,0%	1,48	0,76