

**Tomé António Bernardes Alfredo**

**O crime e a doença mental: dos mitos à realidade**

Orientadora: Professora Doutora Laura Alho

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

**Dissertação de Mestrado**

Mestrado em Psicologia Forense

Lisboa 2019

**Tomé António Bernardes Alfredo**

## **O crime e a doença mental: dos mitos à realidade**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau Mestre em Psicologia Forense, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 22 de janeiro de 2019 com o Despacho de Nomeação de Júri nº 360/2018 com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Joana Carvalho  
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 2019

## **Agradecimentos**

Chegou ao final esta caminhada! Depois de uma longa luta, de vários anos a estudar numa batalha acesa contra os turnos, contra as semanas e semanas sem dormir, em prol da paixão pela psicologia, creio que valeu a pena.

Sinto-me mais completo, realizado, de alma cheia para continuar a enfrentar novas batalhas.

Quero agradecer desde logo à minha companheira, Juliana, que esteve sempre ao meu lado, mesmo quando parecia que nada me poderia animar, foi a palavra dela que fez tudo fazer sentido.

À minha mãe, que foi sempre a pedra basilar da minha educação, e a ela agradeço tudo o que sou e que consegui.

À Júlia, Lídia e Mateus, que foram a minha companhia, estando sempre presentes ao longo dos últimos anos, e que de forma carinhosa tornaram a minha vida muito mais leve e harmoniosa, ajudando-me a motivar e a atingir os meus objetivos, e sobretudo enfrentar todas as adversidades que surgiram no meu caminho.

À Professora Doutora Laura Alho, que com toda a sua serenidade, sabedoria e boa disposição, foi extremamente paciente e carregou esta cruz a bom porto. Ficar-lhe-ei sempre grato pela sua ajuda e pelos momentos enriquecedores partilhados na orientação do projeto.

À Doutora Lara Pinho pela sua coorientação e colaboração, pela transmissão de todo o seu conhecimento e paciência em orientar este projeto.

A todos muito Obrigado.

## **Epígrafe**

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,  
mas lutei para que o melhor fosse feito.  
Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus,  
não sou o que era antes.” (Marthin Luther King)*

## **Resumo**

O estudo visa ser um contributo exploratório no sentido de aferir quais os mitos e estigmas presentes na população em geral em associados às pessoas com doença mental.

Para tal, com recurso a um questionário elaborado por especialistas e mediante revisão bibliográfica, foram recolhidas respostas de 394 participantes.

Pretendeu-se deste modo verificar a existência de enviesamentos relativos aos mitos em diferentes grupos, nomeadamente entre géneros, entre padecer ou não de doença mental, trabalhar ou não na área da doença mental, e ter familiar com doença mental.

Os resultados revelam a existência de diferenças significativas entre géneros, e entre quem trabalha ou não na área da saúde mental. Já entre quem tem ou não familiares com doença mental, e pessoas com doença mental e os demais, não foram verificadas diferenças significativas.

A partir dos resultados obtidos conclui-se que a interação com esta população é o fator mais relevante para ter menos mitos associados no que diz respeito às pessoas com doença mental.

**Palavras Chave:** Doença Mental, Crime, Mitos, Estigmas.

## **Abstract**

The study aims to be an exploratory contribution in the sense of assessing the myths and stigmas present in the general population associated with people with mental illness.

For such purpose, using a questionnaire prepared by experts and through a bibliographic review, responses were collected from 394 participants.

The purpose of this study was to verify the existence of biases related to myths in different groups, namely between genders, suffering or not mental illness, work or not in the area of mental illness, and to be familiar with mental illness.

The results demonstrate the existence of significant differences between genders, and between those who work or not in the area of mental health. Among those with or without family members with mental illness, and those with mental illness and the others, no significant differences were found.

From the results obtained it is concluded that the interaction with this population is the most relevant factor to have fewer associated myths with respect to people with mental illness.

**Keywords:** Mental illness, Crime, Myths, Stigma.

## **Abreviaturas**

a.C. – Antes de Cristo.

CEP – Código de Execução de Penas

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CP – Código Penal

CPP - Código Processo Penal

DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

DGS – Direção Geral de Saúde.

DSM V - Diagnostic and Statistical Manual

EP - Estabelecimento prisional.

MAO-A – Monoamine Oxidase A

PGDL- Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa

WHO – World Health Organization.

## Índice

Índice	8
Introdução	10
A violência e o crime	12
O estigma e os mitos associados à doença mental	13
A doença mental e o crime	15
Mecanismos de apoio e intervenção em Portugal	17
Objetivos do Estudo	19
Método	20
Amostra	20
Instrumentos	20
Procedimento	21
Análises estatísticas	21
Resultados	22
Tabela 1: Análise Fatorial - Matriz de componente rotativa.	24
Tabela 2: Comparação de médias entre grupos.	25
Subescalas – Frequências relativas	25
Tabela 3: Subescala 1 - Criminalidade	25
Tabela 4: Subescala 2 - Agressividade	26
Tabela 5: Subescala 3 - Encarceramento	26
Tabela 6: Subescala 4 – Medo e Perigosidade	26
Tabela 7: Subescala 5 – Origem e Efeito	26
Tabela 8: Subescala 6 - Opiniões	27
Tabela 9: Subescala 7 -Mitos	27
Discussão	28
Referências	32
Anexos	39
Anexo I	40
Anexo II	41
Anexo III	43
Anexo IV	50

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Análise Fatorial - Matriz de componente rotativa.....	27
<b>Tabela 2:</b> Comparação das médias entre diferentes grupos.....	28
<b>Tabela 3:</b> Subescala 1 – Criminalidade.....	28
<b>Tabela 4:</b> Subescala 2 – Agressividade.....	29
<b>Tabela 5:</b> Subescala 3 – Encarceramento.....	29
<b>Tabela 6:</b> Subescala 4 – Medo e Perigosidade.....	29
<b>Tabela 7:</b> Subescala 5 – Origem e Efeito.....	29
<b>Tabela 8:</b> Subescala 6 – Opiniões.....	30
<b>Tabela 9:</b> Subescala 7 – Mitos.....	30

## Introdução

Desde os primórdios da civilização que a história da doença mental é relatada e que constitui objeto de interesse, existindo inúmeros registos acerca da temática, alguns do milénio passado, onde a *doença mental* se assume com a designação de *loucura* ou *insanidade* (Gatti, 2014).

A loucura, que até ao século V a.C. era associada a explicações esotéricas e espirituais, como possessões e magias, foi mais tarde percecionada com base num modelo médico, por Hipócrates, na Grécia Antiga, que tentou analisar as alterações comportamentais menos ajustadas (Read, Mosher & Bentall, 2004).

Ainda no século V a.C., Platão diferenciou as “doenças do corpo” das “doenças da alma”, designando estas últimas como demências, que poderiam ser de dois tipos: *ignorância* ou *loucura*. Já no século II a.C., Galeno defendeu que o cérebro era a sede das funções psíquicas, sendo a loucura e o delírio percecionados neuro-anatomicamente e neurofisiologicamente (Azenha, 2014). Porém, no século XV, em plena idade média, as doenças cujos sintomas não se manifestassem por sinais evidentes como a febre e o envelhecimento, voltaram a ser percecionadas como sendo uma possessão diabólica, sendo utilizados exorcismos e outros rituais para tratamento dos doentes (Ferreira, Firmino, Florido, Gamanho, & Jorge, 2006).

Por sua vez, o século XVII ficou marcado pelo “racionalismo científico”, a *loucura* voltou a centrar-se na perda de razão por parte do indivíduo, da vontade e do desajuste moral, tendo surgido então a solução da criação de asilos. Todavia, estas instituições inicialmente concebidas para acolher as pessoas com doença mental, acabaram também por ser ocupadas por aqueles que não se adequassem às normas sociais (Foucault, 2000).

O tratamento moral das pessoas com doença mental teve início no século XVIII, em Inglaterra, com Samuel Tuke (1784-1857), e em França com Phillippe Pinel (1745-1826). Ambos implementaram um modelo criado por Pinel, aplicado no Hospital Bicêtre (para homens), e posteriormente no Hospital da Salpêtrière (para mulheres), tendo-se tornado inovador e marcante ao retirar as correntes dos doentes e proceder ao dito tratamento moral adequado à patologia de cada um (Charland, 2011).

Já no final do século XIX, Emil Kraepelin (1856-1926), considerado o pai da psicofarmacologia, desenvolveu em Leipzig, na Alemanha, os primeiros estudos científicos sobre os efeitos do álcool, do chá, da cafeína, dos venenos por inalação, e das drogas nos processos mentais. No entanto, só em 1951, é que os tratamentos farmacológicos foram colocados em prática, tendo como base os referidos estudos, facto este que se tornou

significativo no tratamento das pessoas com doença mental a partir dessa altura (Kassianos, 2016).

No século XX, Eugen Bleuler e Jung, baseados na Psicanálise de Freud, promoveram o movimento psicanalítico que propôs a definição de doença mental como sendo um estado de perturbações afetivas. Concomitantemente, Freud afirmou que qualquer pessoa poderia, em determinado momento da vida, desenvolver uma doença mental (Alves, 2008).

Em Portugal, a *loucura* começou inevitavelmente a ser tratada de forma mais sistemática em meados do século XIX. Até 1848 os *loucos* eram colocados no Hospital de São José em Lisboa e no Hospital de Santo António no Porto. Contudo, a partir desta data, foram criadas instituições específicas para acolhimento e tratamento das pessoas com doença mental, nomeadamente Hospital de Rilhafoles (posteriormente designado de Hospital Miguel Bombarda), em Lisboa, por ordem de D. Maria, e em 1883 no Porto, foi inaugurado o Hospital do Conde de Ferreira (Pereira, 1986).

Já na década de 60 do século passado surgiu a Lei de Saúde Mental (Lei nº 2118/ 63, de 3 de Abril), conhecida à data como *Lei Sena*, dado o seu criador, foi revista a 24 de Julho de 1998 (Lei nº 36/98), e permitia restringir a liberdade do cidadão visando o seu tratamento, assente em três fundamentos de atuação, designadamente: proteger o próprio, proteger terceiros e proteger pessoas e bens (Siqueira, Nunes, Arriscado & Moraes, 2013).

A doença mental pode expressar-se num momento da vida do sujeito, onde até então, não existiam alterações relevantes, abrangendo um leque variado de perturbações que podem alterar o comportamento tanto a nível emocional, social como intelectual, podendo em alguns casos ser crónico (Fazenda, 2006). Por sua vez, os aspetos sócio-culturais também têm implicações diretas na saúde, na doença e nos processos de cura, dadas as práticas, crenças e atitudes tidas pela sociedade em torno desta temática (Gonçalves, 2004). No entanto, de forma geral, a doença mental está associada a uma disfunção psicológica socialmente desadequada.

Atualmente e de acordo com o DSM-V (American Psychiatric Association, 2014, pag. 20), a doença mental designa-se da seguinte forma:

*Uma perturbação mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Perturbações mentais estão frequentemente associadas a sofrimento ou incapacidade significativas que afetam atividades sociais, profissionais ou outras*

*atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um stressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui perturbação mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são perturbações mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito.*

Atualmente em Portugal, e segundo os dados do programa nacional para a saúde mental de 2017, o registo das pessoas com doença mental, entre 2014 e 2016 aumentou cerca de 25%, desde logo pela melhoria na acessibilidade destes doentes aos Cuidados de Saúde Primários, e pelos profissionais destes serviços estarem mais sensibilizados para o seu diagnóstico (DGS, 2017).

Dada a evolução dos conceitos e tratamentos, e dada a vasta investigação desenvolvida na era contemporânea, torna-se pertinente analisar a convergência de áreas tão vastas e enigmáticas como a doença mental, e os mitos que a circundam, incluindo em relação ao crime, que passamos a abordar seguidamente.

## **A violência e o crime**

A violência é descrita como o resultado da discrepância entre o desejo e a realidade, que gera uma progressiva frustração e culmina na violência, sendo percecionada também como uma falha na internalização da norma (Cordeiro, 2003). A violência pode ser encarada ainda como uma forma de afirmação, de controlo e de poder. Grande parte dos comportamentos violentos, sobretudo os homicídios, são cometidos por pessoas que agem por impulso, sem terem qualquer doença mental (Struber, Roth & Luck, 2006). Os comportamentos violentos podem ser explicados biologicamente através de alterações no sistema límbico e no córtex pré-frontal, ou por lesões cerebrais ocorridas ainda na fase embrionária, que modificam os circuitos das aminas biogénicas. As questões genéticas também não podem ser descuradas, pois os genes, tais como MAO-A, provocam uma redução da serotonina e alterações no córtex pré-frontal dos indivíduos, sendo este facto apontado como uma das causas do comportamento antissocial (Raine, 2008). A ligação entre MAO-A e a agressividade foi descoberta por Brunner, que concluiu que a mutação nesse gene promovia comportamentos antissociais (Godar, Fite, Mcfarlin & Bortolato, 2016).

Nas décadas 10 e 20 do século passado, com a corrente desencadeada pela Escola de Chicago, os comportamentos violentos passaram a ser mais facilmente interpretados, com os estudos das estratégias de adaptação social dos sujeitos com condutas desviantes, que concluíram que os crimes ocorriam como resultado da perda de certos valores ou como efeito de outros, e que abarcam questões de natureza política, religiosa, jurídica, médica, psicológica e sociológica (Mustafaraj, 2017).

Por sua vez, o crime é definido como “um ato intencional que viola o direito penal, cometido sem defesa ou desculpa, penalizado pelo estado onde o mesmo é cometido, e que varia consoante o tempo, o local e quem o define” (Brown, Esbensen & Geis, 2010, p. 12). Segundo os mesmos autores, a visão sobre o crime pode variar entre culturas, mediante crenças, valores, ideologias religiosas, interesses étnicos, de género ou políticos, podendo estes últimos serem descritos como um continuum caracterizado com crenças vinculativas que defendem os interesses dos cidadãos.

Na legislação portuguesa, o crime é definido no Código Processo Penal (CPP), no artigo 1º, alínea a) como: “o conjunto de pressupostos de que depende a aplicação ao agente de uma pena ou de uma medida de segurança criminais” (PGDL, 2017).

Deste modo e dada a investigação desenvolvida, importa abordar também a temática dos mitos e estigmas que orientam esta investigação no intuito de aferir a existência ou não de mitos associados a grupos específicos.

## **O estigma e os mitos associados à doença mental**

A perspetiva social sobre o doente mental leva-nos à criação de um estigma. Esta reação social deixa à margem certos atributos, classificando-os como indesejáveis, o que leva à desvalorização das pessoas que os possuem (Alves, 2001).

Para Fazenda (2008), o estigma é um papel social que é atribuído pela sociedade em determinadas circunstâncias de rutura com as normas de identidade. Este autor designa ainda o estigma como o conjunto de mitos formados em torno da imagem da doença mental, sendo-lhe imediatamente atribuído o rótulo de “doente mental”, que resulta em exclusão.

O fenómeno do estigma na doença mental é, para os doentes, uma fonte de sofrimento, representando uma barreira à concretização de projetos pessoais e à integração social plena, refletida na perda de oportunidades, autoestima, autoconceito, suporte social, *empowerment* e qualidade de vida (Xavier, Klut, Neto, Ponte & Melo, 2013).

A experiência do estigma vivida pelo doente pode ser percebida como uma combinação de fatores como a vergonha, o segredo, a culpa, o papel "ovelha negra da família", o isolamento, a exclusão social, os estereótipos e a discriminação que, conjugadas, representam todo o processo e resposta adaptativa tida pelo sujeito (Bryne, 2000). Isto é, a consciência do indivíduo acerca da sua doença, poderá provocar uma maior vontade de melhorar e uma consequente procura de ajuda especializada, sendo estes aspetos mais delicados e complexos no doente mental, visto que frequentemente, o sujeito não reconhece a doença e a necessidade de tratamento, o que o leva a atribuir a doença a causas exteriores (Alves, 2001).

Corrigan (2000, citado por Sousa, 2012), sugere um modelo que visa explicar o conceito de estigma, que tem como base três variáveis: o estereótipo e o preconceito, que são percebidos por Corrigan como mediadores cognitivos que se refletem na terceira variável, que é a discriminação, assimilada como o comportamento do sujeito que desencadeia o estigma.

Já Flórez e Stuart (2012), no estudo que desenvolveram sobre a luta contra a estigmatização da doença mental, concluíram que as maiores diferenças de tratamento surgem ao nível do financiamento e na prestação de serviços, propícias à criação de desigualdades estruturais nos cuidados de saúde, bem-estar social, participação cívica e acesso a recursos. Os autores sugerem ainda seis medidas para suprimir o estigma, sendo elas: educação, protesto, educação baseada no contato/interação, reforma legislativa, aumento da prioridade da saúde mental nas agendas dos decisores políticos e a autogestão do estigma com fortalecimento dos familiares/suporte social do doente.

Um fator também com impacto no percurso das pessoas com doença mental é o auto-estigma, que poderá ser igualmente marcante, ocorrendo quando o próprio doente internaliza o preconceito e a discriminação contra si próprio (Corrigan & Bink, 2016), algo que poderá ser nefasto na rotina diária, afetando a sua autoestima e autoconceito (Xavier et al., 2013).

Outro conceito inerente aos estereótipos e estigmas que diz respeito à doença mental é o mito, que provém do grego *mythos*, e que é definido como sendo uma história que uma dada comunidade ou cultura considera importante, podendo ser a base de uma narrativa, quer seja ela real ou imaginária (Lugli, 2014). Freud e Jung, são autores que realizaram trabalhos sobre este conceito. Para Freud os mitos são percebidos como a expressão simbólica dos sentimentos e das atitudes inconscientes de dada população, por sua vez, Jung aponta a universalidade do mito, isto é, a capacidade de ser reconhecido por todos (Sousa 2012).

Alguns dos principais mitos associados à doença mental foram caracterizados por Fazenda (2006) como sendo: (a) o mito da incurabilidade, que dada a evolução dos psicofármacos já se encontra atenuado; (b) o mito da incapacidade, o que mais contribuiu para a marginalização e exclusão de pessoas com perturbações mentais, sendo assente nas ideias de que os doentes não têm capacidade para trabalhar, assumir responsabilidades ou tomar decisões; (c) o mito da perda de direitos, sendo os descritos pelo autor como mais comuns o direito de votar, de casar e constituir família, de adotar e de gerir bens, definido como sendo o mais grave do ponto de vista da discriminação; e (d) o mito da perigosidade, associado à necessidade do controlo da agressividade das pessoas com doença mental, mito este bastante difundido na opinião pública, sobretudo devido à difusão na comunicação social.

Desta forma pode concluir-se que um alegado desconhecimento das doenças mentais e da forma como lidar com os doentes pode gerar um estereótipo negativo. Contudo ao longo das últimas décadas, a evolução farmacológica tornou possível uma normalização da vida diária destes sujeitos, não evitando, no entanto, a exclusão social gerada pelos estigmas associados à imagem do doente mental. Cabe aos profissionais desta área desmistificar e suprimir as lacunas que provoquem um afastamento ou escusa à interação social por parte do doente mental (Ross, 2009).

Verificada esta temática, urge abordar a convergência de duas linhas da investigação, a doença mental e o crime, ligação esta bem mais recente, que surge como fruto da evolução em diversos campos produzidos pelo homem, nomeadamente a comunicação social e indústria cinematográfica.

### **A doença mental e o crime**

Estes dois conceitos, ao cruzarem-se, criam uma ampla área de estudo que diverge em diversos campos, desde logo na organização dos serviços de saúde e na sua articulação com o sistema judicial, mas também na forma como é condicionada a prática clínica, dados os estigmas criados à volta desta população com doença mental (Marques, Barbosa & Queirós, 2010).

Segundo Harris e Lurigio (2007), a associação do doente mental à execução de crimes, começou como uma construção cultural, instituída no final do século XIX, nos Estados Unidos da América, com o aparecimento do campo da Psiquiatria e dos meios de comunicação social, que lançaram e divulgaram o “*assassino insano*”, que viria a servir de inspiração para filmes e programas de televisão. Os autores referem ainda que este facto

originou a criação de medos, muitas vezes infundados, que determinou à época o tratamento estigmatizado para com as pessoas com doença mental.

Harris e Lurigio (2007) relatam que um dos primeiros estudos que correlaciona de forma significativa a violência com a doença mental foi desenvolvido na década de 90, por um grupo de investigadores de toda a América, denominado *MacArthur Violence Risk Assessment Study*. Este estudo concluiu que a existência de relação entre a doença mental e a violência não era clara, e que diversas variáveis independentes são preditores significativos de violência, tais como a psicopatia, o comportamento antissocial e a raiva. No entanto, estes fatores também estão presentes em indivíduos sem doença mental, concluindo ainda que devem ser tidos em conta fatores situacionais e contextuais.

Segundo Pickard e Fazel (2013), outros fatores preditores de violência para as pessoas com doença mental são o abuso de substâncias, nomeadamente estupefacientes e álcool, sobretudo ao nível da reincidência, concluindo estes que a monitorização durante o tratamento é essencial para baixar os níveis de criminalidade nesta população e aumentar os níveis de reintegração na sociedade.

Por sua vez, García e colaboradores (2017), desenvolveram em Espanha um estudo com 102 pessoas com doença mental em tratamento ambulatorio, de modo a verificar a comorbilidade entre patologias mentais e consumo de álcool, concluindo que a prevalência varia desde logo de acordo com os protocolos utilizados para verificar as patologias. Todavia, em qualquer dos casos, mais de metade dos utentes padece de comorbilidade, entre consumos de álcool e outras patologias, sobretudo Depressões Major, e Perturbação de Ansiedade Generalizada.

Outra patologia sobejamente associada à violência e ao crime é a esquizofrenia. Senior e colaboradores (2012) concluíram que esta não está significativamente associada à violência, podendo, no entanto, ser parte de uma comorbilidade, nomeadamente com o abuso de substâncias, ou mesmo em associação com circunstâncias familiares ou contextuais. Já Hodgins (2008), no seu estudo, concluiu que uma experiência afetiva negativa pode influenciar um doente com esquizofrenia diagnosticada a desencadear comportamentos violentos.

Outro fator a ter em conta, dada a complexidade desta população é o apuramento da culpa e responsabilidade penal por parte das pessoas com doença mental. Diversos países têm mecanismos e legislações específicas que visam determinar a responsabilidade criminal imputável ao suspeito da prática de um delito, desde logo, recorrendo ao enquadramento da condição mental do sujeito no momento do ato ilícito, ao nível da afetação das suas

capacidades no momento do ato, e se este tinha consciência do que estava a cometer e do enquadramento ilícito dessa ação (WHO, 2005).

A noção de imputabilidade em Portugal surgiu pela primeira vez no tomo III das - Ordenações Afonsinas (Cordeiro, 2003). Este enquadramento jurídico designa que para imputar um facto a um indivíduo deve ter-se por base que o sujeito teve capacidade de compreender e autodeterminar as suas condutas, aos olhos do direito penal.

Por outro lado, a inimputabilidade, estipula que o sujeito não poderá ser punido pelos seus atos, em razão da idade, descrito no artigo 19.º do código penal, que estabelece que o sujeito é inimputável até completar 16 anos de idade, e em razão de anomalia psíquica, conforme o plasmado no artigo 20º nº1: “ É inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação”.

Deste modo cabe ao estado, promover apoios para de forma adequada enquadrar esta população na sociedade quando comete uma ação enquadrada no ilícito criminal.

### **Mecanismos de apoio e intervenção em Portugal**

Os indivíduos que entram na esfera da justiça, vulneráveis em virtude da doença mental que padecem, têm mecanismos ao seu dispor para suprir as suas limitações, desde logo acompanhamento psicológico, facultado pela Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), bem como diversos programas inerentes aos problemas relacionados com substâncias aditivas, tais como álcool e drogas (DGRSP, 2016).

Conforme anteriormente descrito, quem for declarado inimputável nos termos do artigo 20.º do CP, irá ser-lhe aplicada uma medida de segurança de internamento de inimputáveis, conforme estipulado no nº1 do artigo 91.º do CP, sendo que segundo relatório da DGRSP, em 2016, apenas 34 permaneciam internados mediante medida de segurança, menos 2 que no ano anterior, estando ainda em 2016, 112 indivíduos a cumprir a medida de segurança em liberdade.

Também pode ser aplicada uma medida de segurança de internamento a indivíduos com doença mental considerados imputáveis, conforme descrito no nº1 do artigo 126.º do Código de Execução de Penas (CEP) orientada no sentido da reabilitação e reinserção no meio familiar e social, sendo obrigatório a elaboração de um plano terapêutico.

Todas as execuções de penas são acompanhadas pelo Ministério Público, no sentido de verificar a legalidade, conforme descrito no artigo 134.º do CEP.

A medida de segurança terá de começar por ser proporcional à gravidade dos factos, pressuposto este descrito no nº3 do artigo 40.º do CP. Por outro lado, o legislador estipula no nº1 do artigo 98.º do CP que a medida de segurança poderá ser suspensa caso seja razoavelmente de esperar que com a suspensão desta medida se alcancem os resultados esperados, sendo descrito no n.º 4 do mesmo artigo que o indivíduo fica sobre a vigilância tutelar dos serviços de reinserção social da DGRSP.

No artigo 96.º do CP é estipulado o procedimento do reexame do indivíduo, que define que o mesmo terá de ocorrer até dois anos após a decisão lhe ter sido decretada, podendo este reexame ter efeito de confirmar, suspender ou revogar a medida anteriormente aplicada. Neste sentido, no artigo 92.º do CP define-se no nº1 que o internamento pode ser findado pelo tribunal assim que este verificar que já não existe perigo de desenvolver a atividade criminal que deu origem aos factos, definindo ainda no nº2 que o limite máximo de internamento não pode exceder a pena do crime que deu origem à medida. Porém, o nº3 do mesmo artigo, define que se a pena for superior a 8 anos, e existir perigo de reincidência que desaconselhe a libertação o sujeito pode ver prorrogada a sua mediada por períodos sucessivos de 2 até cumprir o requisito do nº1.

Ainda neste âmbito, e dado o carácter discutível das medidas acima descritas, remete-nos a legislação para a Constituição da República Portuguesa, que estipula no nº1 do artigo 30.º que as medidas de segurança privativas da liberdade não podem ter carácter perpétuo ou duração ilimitada, de modo a salvaguardar os direitos fundamentais do indivíduo, sendo ainda discutível o estipulado artigo 97.º do CP, que a medida de segurança de internamento de indivíduo estrangeiro pode ser substituída por expulsão, medida esta que poderá deixar o referido sujeito sem suporte médico adequado de acordo com as suas vulnerabilidades patológicas.

Em termos prisionais, o único recurso existente que permite internamentos do foro carceral situa-se no Hospital Prisional de São João de Deus, situado em Caxias, no concelho de Oeiras, instalações estas com capacidade para 185 doentes, dotadas de recursos para várias especialidades médicas, sendo que na vertente Psiquiátrica, as instalações possuem cerca de 20 camas para homens e oito para mulheres (Talina, 2013).

Contudo, em Estabelecimentos Prisionais (EP) comuns, pode o Diretor do referido Estabelecimento Prisional (EP), mediante parecer dos serviços clínicos do EP, recorrer ao Serviço Nacional de Saúde, de modo a que o recluso receba cuidados de saúde ambulatoriais, conforme descrito no artigo 34.º do CEP. Todavia, numa análise desenvolvida por Talina (2013) aos serviços de saúde mental existentes a nível prisional, concluiu-se que existem

diferenças muito relevantes ao nível das patologias e das necessidades dos indivíduos, e que não é alcançada a equivalência de cuidados de saúde entre reclusos e civis, assumindo que as necessidades são equivalentes.

Por sua vez, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, têm no seu complexo, o serviço designado Unidade de Internamento Forense, composto por 44 camas, para tratamento sob custódia de doentes inimputáveis, a cumprir medidas de segurança de internamento por sentença judicial, serviço este que sucedeu ao Hospital Miguel Bombarda (CHPL, 2017).

Em termos futuros, o Ministério de Justiça encontra-se a promover um projeto que visa requalificar e modernizar o sistema de execução de penas e medidas tutelares educativas (2017-2027), tendo esta entidade descrito como prioridades: (1) criar espaços terapêuticos adequados para inimputáveis, de acordo com quatro dimensões: clínica, de segurança, reabilitativa e social; (2) desenvolver estratégias de envolvimento da comunidade; e (3) desenvolver estratégias de envolvimento dos serviços de saúde mental que laboram em ambulatório (DGRSP, 2017).

Tendo em conta a revisão teórica acima apresentada, definimos quatro objetivos para o presente estudo, que passamos a mencionar.

## **Objetivos do Estudo**

O presente estudo, integrado num projeto mais abrangente, pretende ser um contributo exploratório, tendo como objetivo avaliar os mitos existentes na sociedade associados à doença mental e ao crime, e conforme descrito por alguns autores que as mulheres têm uma maior sensibilidade e predisposição para lidar com doentes mentais (Savrun et. al., 2007; Borooah & Gosh, 2017), que quem trabalha com doentes mentais habitualmente tem menos mitos associados que os demais (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rusch, 2012), que quem sofre de doença mental tem menos mitos associados que quem não padece (Brohan, Gauci, Sartorius & Thornicroft, 2011; Yanos, Roe, Markus & Lysaker, 2009), e que quem tem doentes mentais na família tem menos mitos associados do que quem não tem familiares nesta condição (Gomes, Martins & Amendoeira, 2011), desta forma pretende-se verificar:

(a) espera-se que exista diferença entre géneros no que diz respeito aos enviesamentos da perceção sobre a doença mental, esperando-se que os homens tenham mais mitos associados em relação às mulheres (Hipótese 1);

(b) verificar se existem diferenças significativas entre os trabalhadores da área da saúde mental e os demais, esperando-se que existam mais mitos associados nos que não laboram na área da saúde mental (Hipótese 2);

(c) verificar se existem enviesamentos na perceção entre quem sofre e quem não sofre de doença mental, esperando-se que as pessoas com doença mental tenham mais mitos associados (Hipótese 3);

(d) verificar se existem diferenças entre quem tem e quem não tem familiares com doença mental, esperando-se que quem tenha alguém que padeça de doença mental na família apresente menos mitos associados (Hipótese 4).

## **Método**

### **Amostra**

A amostra incluiu 395 participantes, de ambos os sexos, sendo 76,4% (n=301) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 81 anos (M= 36,96 anos; DP= 10.68), sendo que 95,7% (n=377) são de nacionalidade Portuguesa.

A amostra foi selecionada através do método não probabilístico de conveniência, respeitando os seguintes critérios de inclusão: (1) idade superior a 18 anos; (2) ter acesso através da plataforma online ao questionário; e (3) compreensão da língua portuguesa adequada ao preenchimento do protocolo de avaliação.

Os participantes foram devidamente informados que a sua participação seria voluntária e foi-lhes garantido o anonimato.

Procedeu-se à exclusão de um participante por ter 17 anos de idade, não cumprindo deste modo o critério de inclusão, ficando a amostra final com 394 participantes.

### **Instrumentos**

Depois de obtidas as autorizações devidas, foi construído um protocolo, constituído pelo Questionário Sociodemográfico e o Questionário sobre os Mitos na Doença Mental (ver anexos I e II).

## **1 - Questionário Sociodemográfico**

Este questionário foi constituído por questões abertas e fechadas, relativas a dados sociodemográficos dos participantes (e.g., sexo, idade, naturalidade, nacionalidade, religião, estado civil, agregado familiar, distrito de residência, escolaridade, profissão e área de trabalho). Uma vez que este estudo se integra num projeto maior, alguns dos dados recolhidos não serão aqui reportados.

## **2- Questionário sobre os Mitos na Doença Mental**

O questionário foi desenvolvido por Alfredo, Alho & Pinho com inputs de especialistas da área, tendo por base os mitos encontrados na literatura científica, tais como os descritos por Fazenda (2006): da incurabilidade, da perda de direitos, da incapacidade, da perigosidade e outros anteriormente descritos.

Além da perceção sobre os mitos gerais associados à doença mental, procurou-se analisar a perceção dos participantes relativa aos mitos inerentes às pessoas com doença mental que cometem crimes, sendo o questionário constituído por 36 questões, com respostas de tipo Likert de 5 pontos (DC - Discordo completamente; DP - Discordo em parte; NCND - Não concordo nem discordo; CP – Concordo em parte; CT - Concordo totalmente).

## **Procedimento**

Para a recolha de dados foram utilizados instrumentos de autorresposta, via online, constituído por um questionário sociodemográfico e uma escala de avaliação dos mitos associados à doença mental e crime, desenvolvida pelos autores. Foi garantido o anonimato, informado os participantes que a participação destes era voluntária e que poderiam desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo, bem como elucidados que os resultados seriam utilizados unicamente para fins de investigação.

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

## **Análises estatísticas**

As análises estatísticas foram feitas com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS - versão 22, IBM Corp., Armonk, NY).

Para a caracterização da amostra, foram calculadas frequências absolutas e definidas as médias (*M*) e os desvios-padrão (*DP*) das variáveis.

Para aferir as propriedades psicométricas do Questionário sobre os mitos na Doença Mental, foi realizada uma análise fatorial exploratória sobre a matriz das correlações, com extração dos fatores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação *Varimax*.

Foram posteriormente comparadas as médias entre grupos, com recurso ao teste *T-student* de amostras independentes, nomeadamente na variável sexo, entre os grupos masculino e o feminino, na variável área de trabalho entre os grupos saúde mental e outra área, na variável sofre de doença mental entre os grupos sim e não e na variável familiar doente mental entre os grupos sim e não .

## **Resultados**

Verificou-se que 5,6% (n=22) afirma ter doença mental, 2,3% (n=9) deles de Depressão e 2,0% (n=8) de Perturbação de Ansiedade.

Relativamente à naturalidade, constatamos que a maior parte dos participantes são naturais do distrito de Lisboa 31,5% (n=124), seguindo-se do distrito de Leiria com 12,2% (n=48), e do Porto com 7,6% (n=30).

Quanto à ocupação profissional dos participantes, verifica-se que 12,7% (n=50) são Polícias, 8,6% (n=34) são Enfermeiros, 7,9% (n=31) são psicólogos e 45,4% (n=179) desempenham outras profissões. De referir que 12,4% (n=49) no exercício das suas funções lidam com saúde mental. Quando questionado se os participantes sofriam de alguma doença mental 94,4% (n=372) referiram não sofrer de doença mental, referindo ainda 17,8% (n=70) que tinham um familiar que padecia de doença mental.

Referente às pessoas com doença mental que cometem atos ilícitos, 19% (n=75) informaram conhecer alguém nestas circunstâncias, sendo o crime mais relatado por estes, o Roubo/furto com 4,3% (n=17), seguido do Homicídio com 3,8% (n=15).

Quando questionados se tinham comportamentos aditivos, 20,8% (n=82) responderam afirmativamente, bem como 32,5% (n=128) afirmaram ter alguém na família com esse comportamento.

No que diz respeito ao questionário sobre os mitos na doença mental, foram analisadas as componentes principais, seguida de rotação *varimax*. sendo que ao longo das análises foi sendo verificado que, dos 36 itens, alguns tinham pesos fatoriais distribuídos por

diversos fatores, tendo-se chegado à solução de 20 itens que se agrupavam em 7 subescalas, cuja designação das mesmas ocorreu de acordo com a área de interesse que as questões que as compõem abarcam, sendo desta forma caracterizadas pelos investigadores como: (1) Criminalidade; (2) agressividade; (3) encarceramento; (4) medo e perigosidade; (5) origem e efeito; (6) opiniões; e (7) mitos, com valores de saturação compreendidos entre 0,600 e 0,916, conforme Tabela 1.

A análise da fidedignidade do instrumento indica se os resultados são fiáveis (Pasquali, 2009). A confiabilidade dos resultados do instrumento foi avaliada através da análise da consistência interna pelo cálculo do Alfa de *Cronbach*, sendo que os resultados obtidos sugerem que o questionário apresenta uma boa consistência interna (alfa de cronbach = 0,84), considerado ótimo acima de 0,80 (Nunnally & Bernstein, 1994).

**Tabela 1: Análise Fatorial - Matriz de componente rotativa.**

Item	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
DM_29	0,816						
DM_30	0,751						
DM_31	0,715						
DM_28	0,703						
DM_12		0,799					
DM_13		0,796					
DM_1		0,705					
DM_23		0,600					
DM_33			0,916				
DM_34			0,899				
DM_26				0,792			
DM_32				0,698			
DM_27				0,674			
DM_4					0,734		
DM_2					0,726		
DM_6					0,624		
DM_35						0,809	
DM_36						0,739	
DM_7							0,836
DM_10							0,657

Foram comparadas as médias do valor total do Questionário sobre os mitos na Doença Mental entre diferentes grupos, considerando quatro variáveis: *sexo*, *área de trabalho*, *se sofre de doença mental* e *se tem algum familiar com doença mental*, sendo que para a avaliar essa diferença entre grupos, foi utilizado o teste *t-student* de amostras independentes.

Neste sentido, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis “sofrer de doença mental” e “se tem algum familiar com doença mental”.

Quanto à variável “sexo”, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, verificando-se que os homens têm mais mitos associados do que as mulheres ( $t = -2,004$ ;  $p = 0,047$ ).

Na variável “área de trabalho”, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, verificando-se que quem trabalha na área de saúde mental tem menos mitos associados do que os demais profissionais ( $t = -3,591$ ;  $p < .001$ ), os resultados encontram-se descritos na Tabela 2.

Os resultados das frequências relativas obtidos nas respostas correspondentes às questões enquadradas nas 7 subescalas, obtidas após análise fatorial encontram-se abaixo descritas, na tabela 3.

**Tabela 2: Comparação de médias entre grupos.**

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Sexo</b>					
Masculino	93	2,0903	0,51837	-2,004	0,047
Feminino	301	1,9671	0,51799		
<b>Área de trabalho</b>					
Saúde Mental	49	1,7439	0,40021	-3,591	0,000
Outra Área	332	2,0265	0,52873		
<b>Sofre de Doença Mental</b>					
Sim	22	2,0250	0,38937	0,267	0,790
Não	372	1,9945	0,52714		
<b>Familiar doente mental</b>					
Sim	70	1,8543	0,52590	-2,555	0,12
Não	322	2,0307	0,51331		

(N – amostra; M- média; DP – desvio padrão; t - variância; p - significância)

### Subescalas – Frequências relativas

**Tabela 3: Subescala 1 - Criminalidade**

	DC	DP	NCND	CP	CT
29 - O assédio sexual é mais frequente nas pessoas com doença mental.	40,4%	18,8%	23,1%	16,8%	1%
30 - Os furtos ou roubos são mais frequentes nas pessoas com doença mental	56,1%	16,8%	20,6%	5,8%	0,8%
31 - A pedofilia é mais frequente nas pessoas com doença mental.	39,3%	14,7%	18,0%	17,8%	10,2%
28 - O homicídio é mais frequente nas pessoas com doença mental.	31,7%	15%	25,1%	23,6%	4,6%

**Tabela 4: Subescala 2 - Agressividade**

	DC	DP	NCND	CP	CT
12 - Os doentes mentais são mais agressivos numa discussão?	16,8%	26,1%	22,8%	31,5%	2,8%
13 - Os doentes mentais podem infligir mais dor nas agressões?	29,4%	16,8%	29,4%	22,6%	1,8%
1 - As pessoas portadoras de doença mental são mais violentas e perigosas?	16,5%	27,2%	18,3%	36,3%	1,8%
23 - As pessoas com doença mental são mais perigosas que as pessoas sem doença mental.	38,6%	24,1%	15,2%	20,6%	1,5%

**Tabela 5: Subescala 3 - Encarceramento**

	DC	DP	NCND	CP	CT
33 - Os doentes mentais deveriam viver afastados da sociedade.	81,5%	11,9%	3,6%	3%	0%
34 - As pessoas com esquizofrenia deveriam viver afastadas da sociedade.	81,2%	12,9%	3,8%	2%	0%

**Tabela 6: Subescala 4 – Medo e Perigosidade**

	DC	DP	NCND	CP	CT
26 - Tenho medo das pessoas com esquizofrenia.	41,6%	17,5%	15,7%	23,4%	1,8%
32 - A esquizofrenia é uma doença perigosa.	14%	22,3%	16,5%	39,3%	7,9%
27 - Tenho medo das pessoas com depressão	71,8%	14%	8,4%	5,6%	0,3%

	DC	DP	NCND	CP	CT
4 - A doença mental está relacionada pouca inteligência?	85,8%	7,9%	3%	3%	0,3%
2 - A doença mental está relacionada com a pobreza.	81,5%	8,6%	5,1%	4,3%	0,5%
6 - A doença mental é contagiosa?	93,7%	3,3%	1,3%	1,8%	0%

**Tabela 7: Subescala 5 – Origem e Efeito**

**Tabela 8: Subescala 6 - Opiniões**

	DC	DP	NCND	CP	CT
35 - As pessoas com depressão são perigosas.	75,4%	10,7%	8,1%	5,3%	0,5%
36 – As pessoas com doença mental nunca são competentes no trabalho	63,5%	24,1%	8,6%	3,8%	0%

**Tabela 9: Subescala 7 -Mitos**

	DC	DP	NCND	CP	CT
7- A doença mental é incurável?	27,9%	37,1%	13,7%	17,5%	3,8%
10 - O doente mental não tem deveria ter filhos?	34,3%	25,9%	17,5%	17,8%	4,6%

Nas respostas obtidas no questionário, importa realçar aquelas em que os participantes ao serem questionados com as questões enquadradas na subescala 1 “criminalidade”, atrás descrita, 28,2% respondeu que concorda em parte ou totalmente com a afirmação de que o homicídio é mais comum nas pessoas com doença mental, tal como 28% dos participantes concorda que a pedofilia é mais habitual nas pessoas com doença mental, já no que diz respeito ao assédio sexual apenas 17,8% concordou em parte ou totalmente que este era mais protagonizado por pessoas com doença mental, quando afirmado que os furtos ou roubos são mais perpetuados por pessoas com doença mental 72,8% não concorda.

Dados estes contantes na tabela presente no anexo IV, que expõe a comparação das médias por questões.

## Discussão

Embora exista muita investigação em relação à saúde mental, aos mitos e ao estigma, dada a elevada prevalência (Ross, 2009) e à tendência para aumentar o número de diagnósticos de pessoas com doença mental devido a sensibilização dos profissionais (DGS, 2017), verifica-se que muito há ainda a fazer. Este foi um dos motivos pelo qual esta linha de investigação foi desenvolvida, visando analisar as perceções da população em relação aos indivíduos com doença mental, nomeadamente em relação à existência de mitos sobre esta temática. Apesar do estudo envolver doença mental e crime, e após ser efetuada revisão bibliográfica acerca deste último, as hipóteses exploradas no presente trabalho não focaram as questões dos mitos relacionados à doença mental e ao crime, que está a ser explorado num outro estudo.

As temáticas do estigma e dos mitos têm sido estudadas ao longo dos anos no intuito de desmistificar a saúde mental, sobretudo com a intenção de quebrar barreiras e proporcionar um tratamento equitativo à população que padece de doenças desta natureza (Xavier et al., 2013), porém este conceito permanece sempre aliado à cultura, envolta em crenças e estereótipos da população em questão, algo que limita esta ação.

Propusemos como hipóteses de trabalho que os homens detinham mais mitos associados que as mulheres, que quem não trabalha na área da saúde mental tinha mais mitos associados do que os que laboram na área, que as pessoas com doença mental têm mais mitos associados do que os que não padecem de doença mental, e que os familiares das pessoas com doença mental tinham menos mitos associados do que quem não tem pessoas com doença mental na família, conforme descrito anteriormente.

Em relação à comparação entre diferentes grupos, no que diz respeito à variável sexo (Hipótese 1), foi verificado no presente estudo que os homens têm perceções mais enviesadas relativamente aos mitos da doença mental que as mulheres (Savrun et. al., 2007; Borooah & Ghosh, 2017), apresentando diferença significativa, o que de acordo com a literatura, poderá remeter-nos também para o facto das mulheres terem uma maior predisposição para ajudar as pessoas com doença mental, nomeadamente dando-lhes conselhos e apoio emocional (Wirth, & Bodenhausen, 2009), sendo desde logo possível exemplificar com a resposta à questão 6, que afirma que a doença mental é contagiosa, e à questão 35 que afirma que as pessoas com depressão são perigosas, em que os resultados obtidos apresentam uma diferença da média entre estes grupos significativa.

Por sua vez, na variável “área de trabalho” (Hipótese 2), foram também encontradas diferenças significativas entre quem trabalha na área da saúde mental e quem não trabalha,

concluindo-se que quem não trabalha na área de saúde mental tem mais mitos associados. Estes resultados corroboram os encontrados por Corrigan et al. (2012) que concluíram que, tanto a educação como o contacto com a doença mental têm um impacto positivo na redução da desmistificação da doença mental. Alguns exemplos desta diferença entre grupos, verificam-se na questão 10, que questiona se o doente mental não deveria ter filhos, e na questão 26 que realça o medo por doentes que padecem de esquizofrenia, questões estas em que a diferença da média entre grupos é significativa.

Já no que diz respeito à variável sofre de doença mental, foi verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, isto é, entre quem tem doença mental e quem não tem (Hipótese 3), sendo que seria de esperar que quem sofre de doença mental apresentasse mais mitos associados, visto que estes doentes apresentam habitualmente índices elevados de estigma internalizado bem como défices ao nível do empowerment (Brohan et al., 2011; Yanos et al., 2009).

Em relação à hipótese de estudo que contempla ter familiares com doença mental ou não (Hipótese 4), os resultados obtidos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, contudo, a literatura diz-nos que quem tem familiares com doença mental apresente menos mitos associados, facto este que pode ser explicado pela necessidade dos familiares se envolverem na vida diária do doente tendo em vista um equilíbrio na rotina deste, levando-os a desenvolver padrões de interação adaptados aos índices de ansiedade, de papéis e funções dos intervenientes da família com o contexto em causa (Gomes, Martins, & Amendoeira, 2011).

Foi ainda possível verificar que quando questionados os participantes se os doentes mentais são mais violentos e perigosos, 36,3% dos participantes responderam que “concorda em parte”, o que corrobora alguns estudos (e.g., Goerg et al., 2004; Loureiro, 2008) que apontam para a subsistência de mitos assente nas crenças da perigosidade e incurabilidade dos doentes mentais.

Quando questionados se tinham medo de pessoas com esquizofrenia, 23,4% dos participantes responderam “Concordo em parte,” bem como 28,9% responderam “Concordo em parte” em relação aos doentes mentais os incomodarem, dados estes corroborados pelo estudo de Angermeyer e Matschinger (2003), que refere que as pessoas preferem distanciamento social das pessoas que padecem de esquizofrenia, pois invoca lhes um sentimento de perigosidade.

Deste modo conclui-se que os homens apresentam mais mitos associados às pessoas com doença mental que as mulheres, e que quem trabalha na área da saúde mental tem menos

mitos associados que os demais. Importa ainda realçar o já supra descrito, que diz respeito ao verificado em diversa literatura internacional, que atenta como um dos principais fatores para a supressão dos mitos e estigmas para com as pessoas com doença mental, a interação com esta população (Corrigan et al., 2012).

No que diz respeito a limitações na concretização do projeto, podemos indicar uma que teve interferência imediata nos resultados, e que é a discrepância na amostra ao nível de género (301 participantes do sexo feminino). Desta forma, as análises realizadas sobre esta variável não são conclusivas, sendo necessário, no futuro, aumentar a amostra do género masculino, ter ou não ter familiares com doença mental, ter ou não ter doença mental, entre outras.

Contudo cabe realçar a linha de investigação inovadora no campo da Psicologia forense, pois não existem estudos nesta linha, que associem as temáticas descritas, e que se revestem de grande importância, particularmente neste contexto forense, desde logo no tratamento para com esta população que pode conduzir à exclusão social, bem como ao nível das dificuldades no acesso a serviços, cabendo a nós psicólogos, desmistificar e sensibilizar as pessoas e instituições para um tratamento equitativo desta população.

Para investigações futuras sugere-se explorar e aprofundar esta linha de investigação, aprimorando o questionário, e aprofundando os mitos emergentes, desde logo os que possam estar relacionados com as novas tecnologias e redes sociais em crescimento.

Por outro lado parece bastante pertinente a questão da internalização do estigma por parte das pessoas com doença mental (auto-estigma), sobretudo uma linha de estudo que possa permitir a avaliação da forma como a discriminação é percecionada pelo próprio (Marques, Barbosa & Queirós, 2010; Brohan, et al., 2010), bem como procurar analisar a agilização entre entidades no momento de regresso dos doentes que cumprem medidas de segurança ao seu agregado.

Tendo em conta o impacto global, e o aumento do diagnóstico da doença mental (DGS, 2017), é necessário mudar paradigmas em vários níveis, quer a nível individual, político ou organizacional, para combater assim o estigma e mitos associados a este fenómeno, desde logo com mais sensibilização junto dos profissionais que lidam com as pessoas com doença mental, e atuação destes numa linha de introspeção, em que estes analisem as suas próprias condutas e verifiquem se invocam comportamentos munidos de estigma para com estes doentes.

Posto isto, a temática doença mental deverá ser abrangente de toda as formações existentes de forma mais sistemática e estruturada, para que possibilite a consolidação de

competências dos colaboradores que prestam serviços, quer sejam públicos ou privados, de funções que impliquem interação com as pessoas com doença mental.

## Referências

- Almeida, C. (2011). *Código Penal*. Coimbra: Almedina.
- Alves, F. (2001). *Ação social na área da saúde mental*. Lisboa: Universidade aberta.
- Alves, F. (2008). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental - um estudo no Norte de Portugal*. Porto: Universidade Aberta.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5- Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora Ltd.
- Angermeyer, M., & Matschinger, H. (2003). *The stigma of mental illness: Effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder*. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 108. 304-9. 10.1034/j.1600-0447.2003.00150.
- Azenha, Sónia., (2014). *O internamento compulsivo e a representação da doença mental: percurso histórico*. Arquivos de Medicina, 28(2), 54-60. Retirado de: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0871-34132014000200005&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132014000200005&lng=en&tlng=en).
- Borooah, I., & Ghosh, S. (2017). *Attitudes and Beliefs toward Mental Illness in Central Assam*. IOSR Journal of Humanities And Social Science. doi: 10.9790/0837-2202013137.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). *Self-stigma, empowerment & perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study*. Journal of Affective Disorders, 129, 56-63. doi: 10.1016/j.jad.2010.09.001.
- Brown, S., Esbensen, F., & Geis, G. (2010). *Criminology. Explaining Crime and its context*. Ohio: Matthew Bender & Company, Inc.
- Byrne, P. (2000). *Stigma of Mental Illness and Ways of Diminishing It*. Advances in Psychiatric Treatment, 6, 65-72. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1192/apt.6.1.65>.
- Carretero, M., Ruiz, J., Martínez, M., Quintero, M., & González, C. (2017). *Perfil psicopatológico y prevalencia de patología dual de los pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio*. Actas Espanolas De Psiquiatria, 45(1), 1-11. Retirado de: <http://psiqu.com/2-52918>.
- Charland, L. (2011). *Moral treatment in 19th and 18th century psychiatry*. Retirado de: [https://www.researchgate.net/publication/303864425\\_Moral\\_treatment\\_in\\_19th\\_and\\_18th\\_century\\_psychiatry](https://www.researchgate.net/publication/303864425_Moral_treatment_in_19th_and_18th_century_psychiatry).
- CHPL. (2017). *Internamento Forense*. Retirado de: [http://www.chpl.pt/artigos/internamento/forense\\_pt](http://www.chpl.pt/artigos/internamento/forense_pt).

- Cohen, C. (1999). *A periculosidade social e a saúde mental*. Revista Brasileira de Psiquiatria. Doi:10.1590/S151644461999000400006.
- Cordeiro, D. (2003). *Psiquiatria Forense*. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Corrigan, P., River, L., Lundin, R., Penn, D., Uphoff, K., Champion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. (2001). *Three Strategies for changing attributions about severe mental illness* [PDF]. Schizophrenia bulletin. 27(2):187- 195. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11354586>.
- Corrigan, P., Morris, S., Michaels, P., Rafacz, & J., Rusch, N. (2012). *Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies* [PDF]. Psychiatric Services, 63, 963-973. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23032675>.
- Corrigan, P., & Bink, A. (2016). *The stigma of mental illness* [PDF]. Illinois: Elsevier Inc. Retirado de: <http://scitechconnect.elsevier.com/wp-content/uploads/2015/09/The-Stigma-of-Mental-Illness>.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa nacional para a saúde mental*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. (2016). *Relatório de Atividades e Autoavaliação Atividades 2016*. Lisboa: Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais – Ministério Justiça.
- Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. (2017). *Relatório Estatístico anual - 2016*. Lisboa: Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais – Ministério Justiça.
- Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. (2017). *Relatório sobre o sistema prisional e tutelar*. Lisboa: Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais – Ministério Justiça.
- Fazenda, I. (2006). *Saúde Mental: do Hospital à comunidade, dos cuidados à cidadania*. Lisboa: (pp. 6-15). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferreira, C. (2008). *Psicopatologia II. Sebenta de Psicopatologia II da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra* [PDF]. Coimbra: UC. Retirado de: <http://www.resumos.net/ficheiros/ensino-superior/psicologia/fpceuc/psicopatologia-ii/sebenta-psicopatologia-ii.pdf>.

- Ferreira, L., Firmino, P., Florido, P., Gamanho, D., & Jorge, L. (2006). *Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental* [PDF]. Psilogos. Retirado de: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/536/1/ferreira%2c%2061-70.pdf>.
- Flórez, J., & Stuart, H. (2012). *From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses*. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. 57. 457-63. Doi:10.1177/070674371205700803.
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization*. Nova Iorque: Random House.
- Foucault, M. (1987). *História da Loucura*. São Paulo: Edições Perspetiva.
- Foucault, M. (2000). *História da loucura na época clássica*. São Paulo: Perspetiva.
- Gatti, A., (2014). *The evolution of the concept of mental illness in the medical and anthropological writings of sixteenth to seventeenth century Spain* [PDF]. Londres. Retirado de: [http://www.academia.edu/8612622/The\\_Evolution\\_of\\_the\\_Concept\\_of\\_Mental\\_Illness\\_in\\_the\\_Medical\\_and\\_Anthropological\\_Writings\\_of\\_Sixteenth-\\_to\\_Seventeenth-Century\\_Spain](http://www.academia.edu/8612622/The_Evolution_of_the_Concept_of_Mental_Illness_in_the_Medical_and_Anthropological_Writings_of_Sixteenth-_to_Seventeenth-Century_Spain).
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2011). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Godar, S., Fite, P., McFarlin, K., & Bortolato, M., (2016). *The role of monoamine oxidase A in aggression: Current translational developments and future challenges*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. doi:10.1016/j.pnpbp.2016.01.001.
- Goerg, D., Guimón, J., & Zbinden, W. (2004). *Representations of psychiatric treatments* [PDF]. Advances in Relational Mental Health, 3 (3). Retirado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.498.8024&rep=rep1&type=pdf>.
- Goffman, E. (1988). *Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC.
- Gomes, M., Martins, M., & Amendoeira, J. (2011). *As Famílias com Doentes Mentais*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (5), 52-58.

- Gonçalves, A. (2004). *A doença mental: determinação individual ou construção social* [PDF]. Viseu, v.32, p. 163-168. Retirado de:  
<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/12.pdf>
- Harris, A., & Lurigio, A. (2007). *Mental illness and violence: A brief review of research and assessment strategies*. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 542-551.  
doi:10.1016/j.avb.2007.02.008.
- Horwitz, A. (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kassianos, A. (2016). *History of Pharmacological Treatments for Mental Health* [PDF]. Londres. Retirado de:  
[https://www.researchgate.net/publication/299424930\\_History\\_of\\_Pharmacological\\_Treatments\\_for\\_Mental\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/299424930_History_of_Pharmacological_Treatments_for_Mental_Health).
- Lansky, M. (2005). *The impossibility of forgiveness: Shame fantasies as instigators of vengefulness in Euripides Medea*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 437-464.
- 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.
- Lugli, U. (2014). *The concept of myth*. *Journal of Studies in Social Sciences*. Volume 6, Number 1, 2014, 38-57.
- Marques, A., Barbosa, T., & Queirós, C. (2010). *O estigma na doença mental perspetivado por futuros profissionais de saúde mental*. Porto.
- Miles, A. (1981). *O doente mental na sociedade contemporânea-Introdução sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Monteiro, F. (2006). *Prevenção do Estigma Social da Doença Mental*. Saúde Mental e Reabilitação. Folhetos SNR, 56, 16-23. Lisboa.
- Monteiro, S., & Villela, W. (2012). *Forum on stigma, discrimination, and health: Policies and research challenges. Introduction*. *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*. 28. 161-3.  
10.1590/S0102-311X2012000100016.
- Mustafaraj, D. (2017). *Perspectives of the Science of Criminology*. *European Journal Of Social Sciences Education And Research*, 10(1), 77-83.  
doi:10.26417/ejser.v10i1.p77-83.

- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Oliveira, S. (2005). *A Loucura no outro: um contributo para o impacto da loucura no profissional de saúde mental*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 43(Esp.), 992-999.
- Pereira, A. (1986). *A Institucionalização da loucura em Portugal*. Revista Critica de Ciências Sociais. Coimbra.
- Pereira, M. (2004). *Pinel — a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea* [PDF]. Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental, 7(3), 113-116. Retirado de: <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004003011>.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Pessotti, I. (1996). *O século dos manicómios*. São Paulo: Editora 34.
- Pickard H, & Fazel, S. (2013). *Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics*. Curr Opin Psychiatry 26(4). doi:349–54.10.1097/YCO.0b013e328361e798
- Procuradoria Geral Distrital de Lisboa. (2017). *Código Processo Penal*. Consultado em: [www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=199&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=199&tabela=leis).
- Procuradoria Geral Distrital de Lisboa. (2017). *Código da Execução das Penas e Mediadas Privativas da Liberdade*. Retirado de: [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1147&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1147&tabela=leis).
- Quirós, F. (2017). *Consideraciones médico legales sobre la capacidad de culpabilidad* [PDF]. Revista de Direito. Retirado de: <http://revistasnicaragua.net.ni/index.php/revderecho/article/view/3456>.
- Raine, A. (2008). *O crime biológico: implicações para a sociedade e para o sistema de justiça criminal*. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Vol. 30. Nº 1.
- Read, J., Mosher, L., & Bentall, R. (2004). *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Nova Iorque: Taylor & Francis Group.
- Ritsher, J., Otilingam, P., & Grajales, M. (2003). *Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure*. Psychiatry Research. Doi:121. 31-49. 10.1016/j.psychres.2003.08.008.

- Rodrigues, L. (2001). *Só quem sabe da doença dele é Deus – O significado da doença mental no contexto cultural*. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto.
- Ross C., & Goldner, E. (2009). *Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature*. Journal of psychiatric and mental health nursing.
- Savrun, B., Arıkan, K., Uysal, O., Cetin, G., Poyraz, B., Aksoy, C., & Bayar, M. (2007). *Gender effects on attitudes towards the mentally ill: a survey of Turkish University students*. Isr j. Psychiatry Relat Sci.
- Senior, J., Short, V., Lennox, C., Stevenson, C., & Shaw, J. (2012). *Mental Illness, Personality disorder and violence: A scoping review*. University of Manchester.
- Shorter, E. (2001). *Uma História da Psiquiatria - da Era do Manicómio à Idade do Prozac*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, R., Nunes, J., & Moraes, M. (2013). *Portugal e Brasil no cenário da saúde mental* [PDF]. Fractal: Revista de Psicologia, 25(3), 475-496. Retirado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000300005>
- Sousa, S. (2012). *Auto- estigma na Doença Mental Grave: Desenvolvimento de um Programa de Intervenção com Recurso ao Sócio – drama e ao E-Learning*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto, Porto.
- Struber, D., Roth, G., & Luck, M. (2006). *Local do crime: O cérebro*. Revista viver: Mente e Cérebro. nº166, 38.
- Talina, A. (2013). *Saúde mental em meio prisional: Avaliação de necessidades de cuidados em reclusos com perturbação mental*. Dissertação de Doutoramento em Medicina. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Lisboa.
- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G., & Melo, J. (2013). *O Estigma da Doença Mental: Que caminho percorremos?* [PDF]. Psilogos. Retirado de: [www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15.../Estigma%20doenca%20mental.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15.../Estigma%20doenca%20mental.pdf)
- Wahlbeck, K., & Aromaa, E. (2011). *Research on stigma related to mental disorders in Finland: a systematic literature review*. Finland. Psychiatria Fennica.
- Wirth, J., & Bodenhausen, G. (2009). *The role of gender in mental-illness stigma*. Psychological Science.
- World Health Organization. (2005). *Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação*. Genève: WHO library.

World Medical Association. (2008). *World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Retirado de: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/>.

Yanos, P., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. (2009). *Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. Psychiatric services*. Washington. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1437.

## **Anexos**

### **Anexo I**

**Consentimento Informado**

### **Anexo II**

**Questionário Sócio-demográfico**

### **Anexo III**

**Questionário sobre os Mitos na Doença Mental**

### **Anexo IV**

**Comparação das médias por questões**

## **Anexo I**

### **Consentimento Informado**

No âmbito da dissertação intitulada “O crime e a doença mental: dos mitos à realidade”, integrada no Mestrado de Psicologia Forense, da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, com a orientação da Professora Doutora Laura Alho e coorientação informal da Dr.<sup>a</sup> Lara Pinho, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, venho por este meio solicitar a sua participação voluntária no preenchimento de um questionário sobre mitos associados à doença mental, podendo recusar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. É garantido o anonimato dos dados recolhidos, sendo os resultados usados unicamente para fins de investigação. Caso tenha compreendido e aceite participar, pedimos a sua colaboração neste estudo. Por favor responda sempre com verdade, sabendo que não existem respostas certas ou erradas, bem como não existe limite de tempo para responder. Em caso de dúvida deverá contactar o investigador [tomealfredo@gmail.com](mailto:tomealfredo@gmail.com).

- Sim, Concordo e aceito responder

## Anexo II

### Questionário Sociodemográfico

#### 1. Sexo

- Masculino  
 Feminino

#### 2. Idade

A sua resposta: \_\_\_\_\_

#### 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

A sua resposta: \_\_\_\_\_

#### 5. Religião

1. Católico  
 2. Evangélico  
 3. Muçulmano  
 4. Ateu  
 5. Outro

#### 6. Estado Civil

- Solteiro  
 Casado / União de facto  
 Viúvo  
 Divorciado / Separado

#### 7. Quantas pessoas compõem o seu agregado?

A sua resposta: \_\_\_\_\_

#### 8. Distrito 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  
 6º ano  
 9º ano de escolaridade  
 12º ano de escolaridade  
 Licenciatura  
 Mestrado  
 Doutoramento

#### 10. Profissão

A sua resposta: \_\_\_\_\_

#### 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  
 Outros Comportamentos Aditivos  
 Não sei  
 Outra peturbação

#### 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
- Outros Comportamentos Aditivos
- Não sei
- Outra perturbação

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?

A sua resposta

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?

A sua resposta

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

18. Tem alguém na família com problemas relacionados com

## **Anexo III**

### **Questionário sobre os Mitos na Doença Mental**

(Alfredo, Alho & Pinho, 2018)

1 - As pessoas portadoras de doença mental são mais violentas e perigosas?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

2 - A doença mental está relacionada com a pobreza

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

3 - A doença mental está relacionada com a fraqueza individual?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

4 - A doença mental está relacionada pouca inteligência?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

5 - A doença mental é causada por culpa do próprio sujeito?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

6 - A doença mental é contagiosa?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

7- A doença mental é incurável?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

8 - A doença mental é resultado de uma má infância?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

9 - As terapias para os doentes mentais são uma perda de tempo?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

10 - O doente mental não tem deveria ter filhos?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

11 - Eu ajudaria alguém com doença mental a atravessar a rua?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

12 - Os doentes mentais são mais agressivos numa discussão?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

13 - Os doentes mentais podem infligir mais dor nas agressões?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

14 - Os doentes mentais que cometem crimes vão ter dificuldades em reintegrarem-se na sociedade?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

15 - Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados são colocados à margem se forem para uma prisão comum?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

16 - Os doentes mentais que cometem crimes não conseguem voltar a arranjar emprego?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

17 - Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados sentem-se abandonados pela família?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo

4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

18 - Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados têm dificuldades no acesso à saúde (consultas, exames)?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

19 - Os doentes mentais que cometem crimes e são condenados têm apoios do estado para se reinserirem na comunidade?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

20 - Os doentes mentais que cometem crimes não têm esperança de melhora e/ou cura?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

21 - Os doentes mentais que cometem crimes incomodam-me.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

22 - Os doentes mentais cometem crimes por causa dos medicamentos que tomam?

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

23 - As pessoas com doença mental são mais perigosas que as pessoas sem doença mental.

1. Discordo Completamente

2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

24 - As pessoas com doença mental cometem mais crimes que as pessoas sem doença mental.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

25 - As pessoas com doença mental têm penas mais elevadas quando cometem um crime do que as pessoas sem doença mental.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

26 - Tenho medo das pessoas com esquizofrenia.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

27 - Tenho medo das pessoas com depressão.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

28 - O homicídio é mais frequente nas pessoas com doença mental.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

29 - O assédio sexual é mais frequente nas pessoas com doença mental.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

30 - Os furtos ou roubos são mais frequentes nas pessoas com doença mental.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

31 - A pedofilia é mais frequente nas pessoas com doença mental.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

32 - A esquizofrenia é uma doença perigosa.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

33 - Os doentes mentais deveriam viver afastados da sociedade.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

34 - As pessoas com esquizofrenia deveriam viver afastadas da sociedade.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

35 - As pessoas com depressão são perigosas.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

36 – As pessoas com doença mental nunca são competentes no trabalho.

1. Discordo Completamente
2. Discordo em parte
3. Não concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente



