

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Marcela dos Santos Ferreira

INFLUÊNCIA DO ENSINO DE SAÚDE MENTAL NA MODIFICAÇÃO DE
ATITUDES ESTIGMATIZANTES DE ALUNOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Rio de Janeiro

2018

Marcela dos Santos Ferreira

INFLUÊNCIA DO ENSINO DE SAÚDE MENTAL NA MODIFICAÇÃO DE
ATITUDES ESTIGMATIZANTES DE ALUNOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para obtenção do
título de mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Orientadora: Profa.^a Dra.^a Maria Cecília
de Araújo Carvalho.

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

F383i Ferreira, Marcela dos Santos
 Influência do ensino de saúde mental na
 modificação de atitudes estigmatizantes de alunos
 técnicos de enfermagem / Marcela dos Santos
 Ferreira. - Rio de Janeiro, 2018.
 139 f.

 Orientadora: Maria Cecília de Araújo Carvalho

 Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
 Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
 Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
 Rio de Janeiro, 2018.

1. Saúde Mental. 2. Estigma Social. 3. Alunos de
Enfermagem. 4. Educação Profissionalizante.
I. Carvalho, Maria Cecília de Araújo. II. Título.

CDD 362.2

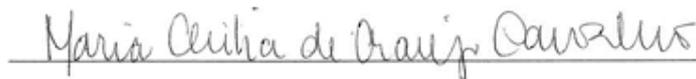
Marcela dos Santos Ferreira

INFLUÊNCIA DO ENSINO DE SAÚDE MENTAL NA MODIFICAÇÃO DE
ATTITUDES ESTIGMATIZANTES DE ALUNOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada à
Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como
requisito para obtenção do
título de mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovada em 10/04/2018

BANCA EXAMINADORA



Dr.ª Maria Cecília de Araújo Carvalho – EPSJV/FIOCRUZ



Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva - ENSP/FIOCRUZ



Dr.ª Angélica Ferreira Fonseca - EPSJV/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

Sinto-me feliz por ter chegado a este momento de conclusão e com certeza isso só foi possível, por poder contar com o apoio e compromisso de algumas pessoas durante todo o processo. Em especial quero agradecer:

A Deus, que em sua infinita bondade insiste em me dizer que é possível.

A todos os meus familiares, pela compreensão e força durante toda essa caminhada.

Ao Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva, pela sua importante participação na qualificação e disponibilidade para a banca de dissertação.

A Dr.^a Angélica Ferreira Fonseca, pela disponibilidade para a banca de defesa da dissertação e pelas orientações dispensadas.

A turma de técnicos em Enfermagem 1ENF/2018, pela permissão em estudá-los.

A Silvana Vieira das Chagas pelo apoio técnico em Estatística e pelas orientações sobre o assunto.

A orientadora desta dissertação Maria Cecília de Araújo Carvalho, por toda a disponibilidade durante esses dois anos e pelas orientações repletas de objetividade, que me proporcionaram um grande aprendizado.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo avaliar as atitudes estigmatizantes dos alunos técnicos de enfermagem relacionadas ao transtorno mental, antes e após o ensino de saúde mental em uma perspectiva antiestigmatizante e analisar sua influência na mudança dessas atitudes. A pesquisa compreendeu uma intervenção na disciplina de saúde mental, constituída pelo planejamento e implementação de uma prática de ensino, voltada para o enfrentamento do estigma associado aos portadores de transtornos mentais. Também integrou a pesquisa o uso de uma Escala de Medida de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental (ODM), um questionário avaliativo sobre as práticas de ensino aplicadas aos discentes e as observações dos alunos no transcorrer das aulas. A Escala ODM foi analisada, com o auxílio do software Statistical Package for Social Sciences 21 (SPSS), a fim de verificar se houve diferenças estatísticas significativas longitudinais, antes e após o ensino de saúde mental. Em relação aos questionários que objetivaram revelar as opiniões dos alunos sobre as estratégias de ensino a análise foi realizada categorizando cada resposta. As informações originadas da observação foram analisadas por meio da síntese dos dados coletados e apresentadas de forma a respeitar a ordem cronológica dos fatos examinados de forma a facilitar a percepção das mudanças atitudinais dos alunos no decorrer da disciplina saúde mental. Por meio da análise dos dados da estratégia de observação com os resultados obtidos com os outros instrumentos avaliativos foi possível discutir as mudanças atitudinais ocorridas nos alunos após o ensino de saúde mental. Verificou-se que houve evolução positiva das atitudes dos discentes relacionadas aos transtornos mentais, especialmente em relação aos estigmas de incapacidade, irrecuperabilidade, periculosidade, aparência estereotipada e os associados à etiologia dos transtornos. Os resultados apontaram que possivelmente a redução do estigma entre alunos técnicos de enfermagem esteve relacionada a uma organização da disciplina, com a inclusão de estratégias educacionais que promoveram em especial o contato direto e indireto dos estudantes com os portadores de transtorno mental e que defenderam o modelo de atenção psicossocial a esses indivíduos.

Palavras-chave: Estigma. Ensino. Saúde Mental.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the stigmatizing attitudes of Nursing technicians students towards the mental disorder, before and after the teaching of mental health in an anti-stigmatizing perspective and to analyze their influence in the change of these attitudes. The research comprised an intervention in the mental health discipline, constituted by the planning and implementation of a teaching practice, aimed at confronting stigma associated with those with mental disorders. Also included in the research was the use of a Stigmatizing Attitudes Measurement Scale and Opinions on Mental Illness (MDG), an evaluation questionnaire about the teaching practices applied to the students and the student observation during the classes. The ODM Scale was analyzed with the help of the Statistical Package for Social Sciences 21 (SPSS) software, in order to verify if there were significant statistical significant longitudinal differences before and after mental health teaching. Regarding the questionnaires that aimed to reveal the students' opinions about teaching strategies, the analysis was performed by categorizing each response. The information originated from the observation was analyzed through the synthesis of data collected and presented in order to respect the chronological order of the facts examined in order to facilitate the perception of the attitudinal changes of the students during the course of mental health. Through the analysis of the data of the observation strategy with the results obtained with the other evaluation instruments, it was possible to discuss the attitudinal changes that occurred in the students after the teaching of mental health. There was a positive evolution of students' attitudes towards mental disorders, especially in relation to the stigmas of inability, irrecoverability, danger, stereotyped appearance and those associated with the etiology of the disorders. The results indicated that possibly the reduction of stigma among technical students in nursing required an organization of the discipline, with the inclusion of educational strategies that mainly promoted the direct and indirect contact of students with those with mental disorders and who defended the model of psychosocial attention to these individuals.

Key-word: Stigma. Teaching. Mental health.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 8 |
| 1 ESTIGMA E TRANSTORNO MENTAL | 12 |
| 1.1 PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E CONCEITUAIS | 12 |
| 1.2 COMPONENTES ESTRUTURAIS PARA A FORMAÇÃO DO ESTIGMA ASSOCIADO AO TRANSTORNO MENTAL | 15 |
| 1.3 ESTIGMA E A RELAÇÃO COM OUTRAS CONSTRUÇÕES SOCIAIS (ESTEREÓTIPO, PRECONCETO, DISCRIMINAÇÃO)..... | 19 |
| 1.4 NÍVEIS DE ESTIGMA E ALGUMAS CONSEQUÊNCIAS PARA O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL | 21 |
| 1.5 AS RELAÇÕES ENTRE ESTIGMA, SAÚDE MENTAL E DIREITO | 25 |
| 2 CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL PARA A MODIFICAÇÃO DE ATITUDES ESTIGMATIZANTES ASSOCIADAS AO TRANSTORNO MENTAL | 29 |
| 2.1 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A CATEGORIA ATITUDE..... | 29 |
| 2.3 ADEQUAÇÕES DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO ENSINO DE SAÚDE MENTAL COMO BASE PARA TRANSFORMAÇÕES DAS ATITUDES ESTIGMATIZANTES | 33 |
| 2.4 O CONTATO COMO ESTRATÉGIA EDUCACIONAL VOLTADA PARA O ENFRENTAMENTO DO ESTIGMA EM SAÚDE MENTAL | 37 |
| 3 OS CAMINHOS DA PESQUISA | 42 |
| 3.1 REVISÃO DA LITERATURA | 42 |
| 3.2 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA | 52 |
| 3.3 DESENHO DA PESQUISA..... | 52 |
| 3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E COLETA DE DADOS | 56 |
| 3.5 ANÁLISE DOS DADOS | 57 |
| 4 CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA | 59 |
| 4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ASPECTOS RELACIONADOS AO CONTATO PRÉVIO COM PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL | 59 |
| 4.2 ATITUDES ESTIGMATIZANTES E OPINIÕES DOS ALUNOS FRENTE AOS TRANSTORNOS MENTAIS, ANTES E APÓS O ENSINO DE SAÚDE MENTAL, INFERIDAS PELA ESCALA ODM | 60 |
| 4.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS | 69 |

| | |
|---|------------|
| 4.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE AS OPINIÕES DOS ALUNOS EM RELAÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE ENSINO APLICADAS DURANTE A DISCIPLINA DE SAÚDE MENTAL | 88 |
| 5 CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO PARA A REDUÇÃO DO ESTIGMA ASSOCIADO AO TRANSTORNO MENTAL..... | 92 |
| 5.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS | 92 |
| 5.2 ATITUDES ESTIGMATIZANTES DOS ALUNOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E A RELAÇÃO COM O ENSINO DE SAÚDE MENTAL | 93 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 104 |
| REFERÊNCIAS | 106 |
| APÊNDICES | 113 |
| APÊNDICE 1- Descrição da Disciplina de Saúde Mental do Curso Técnico de Enfermagem do CEFET/NI..... | 113 |
| APÊNDICE 2 – Identificação dos dados sociodemográficos | 123 |
| APÊNDICE 3 – Avaliação das estratégias de ensino e aulas da disciplina Saúde Mental .. | 123 |
| APÊNDICE 4 – Carta de anuência..... | 124 |
| APÊNDICE 5 – Termo de consentimento livre e esclarecido..... | 125 |
| APÊNDICE 6 – Termo de assentimento livre e esclarecido | 127 |
| APÊNDICE 7 – Recomendações sobre o uso de estratégias pedagógicas no enfrentamento ao processo de estigmatização social. | 129 |
| ANEXOS | 131 |
| ANEXO 1 - Escala de Medidas de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental – Escala ODM | 131 |
| ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)..... | 136 |

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a saúde pública mantém grandes preocupações a cerca de várias ocorrências que acometem a população. Em relação aos transtornos mentais, a sociedade deveria considerá-los um foco de maiores cuidados, principalmente ao considerar as estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão, até 2020, a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas de doenças no mundo. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem de dependência do álcool; outras 24 milhões, de esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem anualmente suicídio. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se (WHO, 2015, p. 7, tradução da autora).

Segundo o mesmo estudo da OMS (2015), 15% da população apresentará algum transtorno mental que poderá responder por mais mortes precoces e incapacidades para o trabalho do que as doenças infectocontagiosas e a má nutrição, principalmente nos países em desenvolvimento. Um parâmetro da realidade brasileira, apesar das diferenças regionais, é um estudo epidemiológico de base populacional realizado em São Paulo que avaliou em 2009 a morbidade psiquiátrica na Região Metropolitana de São Paulo, que concluiu que São Paulo, foi a região com maior prevalência de transtornos mentais dentre os países analisados. De acordo com a pesquisa 29,6% dos paulistanos e moradores da região metropolitana, sofrem de algum tipo de transtorno mental (VIANA et al., 2009).

Os dados estatísticos servem para introduzir a importância de estudar os transtornos mentais em seus vários sentidos. Uma dimensão importante a ser valorizada, é o estigma associado aos transtornos mentais que está presente na sociedade, nos profissionais de saúde e no próprio portador do transtorno.

O objeto desse estudo é a estigmatização dos portadores de transtornos mentais pelos alunos técnicos de enfermagem do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET). Como alunos, são representantes atuais do estigma social e a depender de sua formação e outros fatores poderão incorporar no futuro o estigma em suas vidas profissionais.

O entendimento do estigma presente nos alunos técnicos de enfermagem perpassa o estudo das publicações do sociólogo Erwin Goffman, sendo o livro

Identidade deteriorada, uma das bases para a reflexão do objeto de estudo, como também o alicerce conceitual para outros estudiosos dessa área. Para Goffman, o estigma surge da relação entre pessoas normais e estigmatizadas, consideradas como anormais e desviantes pela sociedade. O estigma, então, seria para Goffman (1988) uma preconceção elaborada pelos normais a partir de atributos considerados comuns e naturais que é transformada em expectativa normativa, usada de modo rigoroso.

A caracterização do que é comum e natural é feita pela sociedade para categorizar as pessoas e é dependente de um contexto social e histórico. Por isso, o estigma, para muitos autores, é uma construção social e não um processo individualizado, aleatório e sem nexos causais. E entendidos dessa forma, os estigmas podem sofrer mudanças de acordo com os padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade em determinada época.

O estigma pode se apresentar de diversas formas, sendo o principal tipo o social, pois é partir dele que todos os outros se formam (autoestigma, profissional, familiar e estrutural). Esse nível de estigma faz parte da estrutura da sociedade e cumpre uma função, bem descrita por Ahmedani (2011, p. 4, tradução da autora): “É uma crença sustentada por uma grande parcela da sociedade em que as pessoas com a condição estigmatizada são menos iguais ou fazem parte de um grupo inferior. Nesse contexto, o estigma é incorporado no âmbito social, para criar inferioridade”.

As evidências mostram que as dificuldades dos portadores de transtornos mentais estão além das questões relacionadas à patologia, pois o estigma por si só já proporciona barreiras que impedem o alcance do seu bem-estar.

Ao conhecer alguns impactos produzidos pelo estigma, fez-se necessário compreender melhor como esse processo se cristaliza na sociedade e, por consequência, sua repercussão nos alunos técnicos de enfermagem e como pode ser o seu combate.

O enfrentamento do estigma vem sendo considerado por estudiosos e instituições voltadas para o campo da saúde uma temática importante para a melhoria da promoção da saúde a pessoas portadoras de transtornos mentais. Essa preocupação demonstra que existe a necessidade de derrubar essa barreira real, de forma que facilite a prestação de cuidados a essa parcela da população. A OMS (2001, p. 13) em seu Relatório Mundial da Saúde, cujo foco são as novas concepções de saúde mental,

aborda essa problemática indicando que “[...] políticas são necessárias para assegurar o fim do estigma e da discriminação bem como a implantação da prevenção e do tratamento eficaz, com financiamento adequado”. A partir dessa perspectiva, caminhos devem ser traçados para que esse objetivo possa ser alcançado.

Diante desse panorama, algumas questões surgiram para nortear este estudo. Uma indagação importante é se *existe influência do ensino de saúde mental no enfrentamento do estigma associado ao transtorno mental, em alunos técnicos de enfermagem*. Esse questionamento surgiu a partir da observação de estudos sobre estigma em profissionais de saúde, mesmo eles apresentando conhecimento de tais transtornos. Um estudo suíço que investigou e comparou o conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde mental e do público em geral evidenciou bem essa questão, relatando que profissionais de saúde mental não diferem do público em geral sobre a sua desejada distância social de indivíduos com algum transtorno mental (NORDT et al., 2006). A simples existência de uma disciplina ou conteúdo voltado para o assunto, durante a formação profissional, não parece ser satisfatória para minimizar o problema. Outros fatores podem estar associados a essa formação e produzem efeitos pouco resolutivos em relação ao estigma.

Essas dúvidas levaram a outro tipo de questionamento, agora relativo não à existência de um conteúdo formativo acerca de transtornos mentais. *Como o ensino de saúde mental produz mudanças no nível de estigma associado ao transtorno mental, em alunos técnicos de enfermagem*.

Perante essas indagações houve a necessidade de desenvolver um estudo que objetivasse avaliar as atitudes estigmatizantes dos alunos técnicos de enfermagem em relação ao transtorno mental, antes e após o ensino de saúde mental em uma perspectiva antiestigmatizante e analisar a influência dessa disciplina na mudança de tais atitudes.

No capítulo referente aos aspectos metodológicos do estudo, é apresentada a forma como a pesquisa foi operacionalizada, retratando o instrumento de Medida de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre os Transtornos Mentais (ODM) que foi aplicado antes e após a disciplina de saúde mental a alunos técnicos de enfermagem do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET/NI) com o intuito de identificar as modificações atitudinais ocorridas. Também foi empregada a observação docente das respostas dos alunos as estratégias pedagógicas, sendo os

apontamentos feitos em um diário de campo. Bem como, foi considerada nesse estudo a avaliação pelos estudantes das estratégias de ensino usadas no decorrer da disciplina.

Os dados coletados são apresentados no capítulo relativo aos resultados e serviram de base para a construção do capítulo que tange a discussão desses elementos, onde são apresentadas inferências sobre a influência da disciplina de saúde mental na redução do estigma dos estudantes técnicos de enfermagem.

1 ESTIGMA E TRANSTORNO MENTAL

1.1 PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E CONCEITUAIS

O transtorno mental, por longa data, foi compreendido de diversas formas, de acordo com a contextualização histórica. Conforme a humanidade vem sofrendo mudanças, a leitura do transtorno mental pela sociedade vem experimentando transformações.

Ao longo da história, os portadores de transtornos mentais eram vistos de acordo com determinados postulados vigentes nas diferentes épocas, sendo a forma de tratamento o reflexo desses. Durante a investigação histórica sobre a loucura e a psiquiatria encontram-se inúmeros saberes e percepções sobre eles, o que pode ser evidenciado já pela nomenclatura usada para designar tal transtorno, que inicialmente neste texto foi substituída pela palavra “loucura”.

Segundo Machado (2006, p. 38) o discurso sobre o transtorno mental, desde o período histórico Renascimento, é articulado em, “dois níveis diferentes, chamados conhecimento e percepção”.

O nível conhecimento está agregado à produção teórica sobre o transtorno, como exemplo o que a medicina produziu como saber, principalmente com a psiquiatria. A partir de Philippe Pinel, novos conhecimentos foram produzidos, como as inúmeras classificações que os transtornos mentais receberam e os achados sobre suas causalidades. O aprofundamento da medicina sobre os transtornos mentais resulta num volume crescente de novas modalidades terapêuticas, como os psicofármacos e novas modalidades de assistências não asilares.

Já a percepção está aqui associada ao modo como a sociedade compreende a pessoa como ser social. Esse entendimento não parte de conhecimentos científicos emanados da medicina, mas sim por “percepção social dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família, a igreja, etc.” (MACHADO, 2006, p. 38).

Essa percepção social teve uma parcela de responsabilidade na sustentação das internações asilares, baseadas não em critérios médicos, mas na transgressão de ordens sociais, como os padrões de razão e moralidade (MACHADO, 2006). O indivíduo com sofrimento psíquico tem, pela percepção social, uma imagem que ameaça as regras da organização da sociedade e por isso deveria ser mantido excluído.

A discrepância entre o conhecimento e a percepção se deve em parte ao distanciamento entre a ciência e o senso comum, o que produz, em algum momento, o questionamento sobre a validade da ciência produzida e a visão social do portador de transtorno mental. Tanto o conhecimento, por meio de avanços científicos, como a percepção, por intermédio de reformas político-sociais, foram importantes veículos para a mudança no paradigma da assistência psiquiátrica, que ocorreu principalmente a partir do meio do século XX.

Tais mudanças foram impulsionadas pelos movimentos de desinstitucionalização, que alcançaram consistência social e política na Inglaterra (década de 1950), França, Estados Unidos e Itália (década de 1960) e Brasil (década de 1970) e vieram a ser iniciados por meio de denúncias de maus tratos e violências aos portadores de transtorno mental, falta de recursos e más condições de trabalho. Têm caráter autenticamente democrático e social, pois buscam os direitos desses indivíduos enquanto seres humanos. Lutam por mudanças de hábitos, por mudanças culturais, por tecnologias e por uma nova ética na assistência ao portador de transtorno mental e pela implantação de novos modelos de atendimento, como serviços de atendimento territorial, comunidades terapêuticas, entre outros, que funcionam como ferramenta de enfrentamento aos tratamentos exclusivamente asilares.

As transformações ocorridas no campo da saúde mental e o desenvolvimento do saber psiquiátrico colaboraram para a construção do conceito de transtorno mental. Em se tratando de atualidade, encontram-se inúmeras fontes que, de maneira geral, aproximam o transtorno mental a uma síndrome ocasionada por múltiplos fatores, sejam eles orgânicos, genéticos, psicológicos e/ou sociais. A Classificação Internacional das Doenças (CID X), da Organização Mundial da Saúde, e define transtorno mental como:

Conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado na maioria dos casos a sofrimento e a interferência nas funções pessoais. O desvio ou conflito social por si só, sem disfunção pessoal, não devem ser incluídos no transtorno mental conforme aqui definido. (OMS, 2005, p. 27).

Outra categorização dos transtornos mentais é encontrada no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)* da Associação Americana de Psiquiatria (2014) que delimita que o fator preponderante para tratamento é a presença de sofrimento e/ou incapacidade, o que demonstra que, apesar de existir um conceito “padrão” para determinado transtorno, baseado em manifestações, nem todas as pessoas deverão ser tratadas de forma homogênea.

Todavia, o sofrimento em questão expresso no DSM-5 tende a ser também considerado aquele associado às experiências cotidianas da vida, como as ocorridas no envelhecimento e no luto, passando então a ser objeto de investigação da medicina. Com isso, “não é mais necessário que o paciente se queixe de sintomas, como comumente ocorria, mas que fale dos sintomas da vida cotidiana, suas crenças e preocupações” (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 23).

Uma problemática atual, engendrada por uma medicalização que desconsidera as fronteiras entre o normal e patológico, é a propagação da naturalização do tratamento medicamentoso, que parte do pressuposto que de os aspectos de normalidade são restritos a poucas pessoas, de forma que o slogan “De perto ninguém é normal!”, que foi criado pelo Movimento Antimanicomial como emblema do combate ao estigma, foi apropriado inoportunamente para justificar essa medicalização intensa que é apoiada pela indústria farmacêutica e pela psiquiatria (FREITAS; AMARANTE, 2015).

Como já visto, o transtorno mental teve várias conformações em relação a conceitos, estando muito relacionado com a imagem produzida pela sociedade de quem dele sofresse, e mostra, usualmente, como a comunidade insere em seu meio esse indivíduo. O estigma associado ao transtorno mental reflete parte dessa imagem, construída e desconstruída no decorrer da história da humanidade, mas nem sempre correspondendo à realidade da pessoa sofredora do estigma.

O sociólogo Erving Goffman (1988, p. 6) desenvolveu um conceito de estigma de que se aplica à realidade do portador de transtorno mental.

Evidências de que ele [portador de transtorno mental] tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande.

O surgimento do estigma se apoia em características pessoais do portador de transtorno mental; no entanto, isso não é suficiente para que ele se consolide. Está relacionado com a forma com que a sociedade classifica as pessoas, tendo como base essas peculiaridades individuais. Portanto, o estigma não é uma criação voluntária do indivíduo com o problema, mas sim da sociedade que convive com ele, logo, deve ser considerado como uma construção social. Segundo Goffman (1988, p. 117) “O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro”. Surge da grande necessidade de agrupar as pessoas conforme exigências sociais, e para as pessoas que apresentam algo que as torna diferentes e sem possibilidades de aceitação social sobre a marginalidade. A natureza do estigma não é simplesmente trazer à tona a diferença, mas sim usá-la de forma que sustente a depreciação do indivíduo. Segundo Rangel (2003) a desqualificação social é princípio comum de qualquer estigma.

Atualmente, o estigma não está relacionado só a sinais ou comportamentos observáveis, que diferenciam as pessoas, mas está associado também a características invisíveis, que permitem distinguir de forma pejorativa o sujeito, indicando uma antecipação do julgamento. Conforme Bento (2014, p. 21), “Nos dias que correm uma mera ação, comportamento ou circunstância pode levar a que se estigmatize. Uma pessoa aparentemente ‘normal’ pode agora ser vítima de estigma”.

1.2 COMPONENTES ESTRUTURAIS PARA A FORMAÇÃO DO ESTIGMA ASSOCIADO AO TRANSTORNO MENTAL

Para uma melhor compreensão do desenvolvimento do estigma na sociedade se faz necessário, segundo Link e Phelan (2001), entender que o estigma é o resultado do inter-relacionamento de componentes originados dos campos psicológico, econômico,

político, social e cultural e que pode sofrer interferências do local e de um momento histórico.

Componente 1- Rotulagem

Os seres humanos, a partir da sua diversidade de características, são submetidos a diversas rotulagens, consideradas o conjunto de informações sobre a pessoa ou um grupo. As diferenças humanas, usadas para criar categorias na sociedade, funcionam como uma justificativa, dada pela psicologia social, para a tendência natural à formação de grupos na sociedade. A grande maioria das diferenças, expressas pelo ser humano é irrelevante para uma rotulagem, no entanto, algumas são criteriosamente escolhidas para esse fim.

A identificação de quais características é relevante para a construção de um rótulo, sofre variações da conjuntura histórica, cultural e econômica; por conta disso, ela é considerada uma seleção social e não simplesmente uma seleção biológica ou naturalizada de características humanas. Para Goffman (1988, p. 5), “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias”.

Após receber algum tipo de diagnóstico, pela psiquiatria, o indivíduo passa a sofrer várias rotulagens, a depender da situação social em que está inserido. Ao mesmo tempo em que características individuais são valorizadas para uma categorização, outras, que diferenciam as pessoas, são desvalorizadas. O olhar para o transtorno torna-se mais importante do que olhar para o sujeito, desconsiderando suas individualidades e necessidades, o que colabora para a formação do processo de estigmatização.

Componente 2 – Associação das diferenças humanas a atributos negativos.

O segundo componente da formação do estigma surge quando as diferenças marcadas são ligadas a estereótipos negativos. Esse aspecto tem sido fundamental para a conceitualização do estigma, já que a sua principal perspectiva é a desvalorização do ser rotulado. Os processos que associam rótulos a atributos negativos que podem provocar como resposta um distanciamento social do portador de transtorno mental são explicados de duas maneiras. A primeira vertente indica que esse processo é automático e de defesa. Em oposição a essa explicação existe o entendimento de que essas associações entre rótulo e estereótipo negativo resultam dos contextos em que as

peças se colocam, o que mostra, como visto no componente anterior, que o momento histórico, social e cultural de uma sociedade interfere na formação dos estigmas.

A introdução de atributos negativos no indivíduo, por conta do rótulo de portador de transtorno mental, cria uma imagem social que não corresponde à realidade. Segundo Goffman (1988), uma nova identidade social é produzida, sendo chamada de virtual, em oposição à real. A identidade real é composta pelos atributos originais do ser humano, enquanto a identidade virtual é a deterioração, por uma ação social, desses atributos, fazendo com que essas pessoas devam ser evitadas. Tal deturpação da identidade social faz com que se perca a individualidade das pessoas que estão em desconformidade com os modelos sociais.

Componente 3 – Separação entre “NÓS” e “ELES”

Uma terceira característica do processo de estigmatização ocorre quando rótulos sociais conotam uma separação das pessoas em “nós” e “eles” ou, de acordo com outros autores, a divisão das pessoas como “dentro do grupo” (“*ingroup*”) ou “fora do grupo” (“*outgroup*”). Segundo Hinshaw (2006), tal categorização leva as pessoas a ver os membros pertencentes ao grupo (“nós”) como relativamente diversos, distintos e individualizado; ao mesmo tempo, quem está fora do grupo (“eles”) é visto como “tudo igual”, sendo esse um efeito da homogeneidade dessas classificações.

A separação dos indivíduos em grupos gera como consequência a criação de expectativa de comportamento, relacionada ao rótulo que foi criado para ambos os grupos. Uma melhor compreensão dessa questão é alcançada quando se observa a expectativa de desempenho dos portadores de transtornos mentais e da sociedade em relação a eles, sobre trabalho, escola e relacionamentos afetivos. Em algumas situações, o próprio indivíduo estigmatizado, introjeta a expectativa da sociedade.

Ao utilizar as características do transtorno mental para criar rótulos pessoais, designar atributos negativos a eles e separá-los, por considerar um grupo fora do “padrão” da sociedade, observa-se que os princípios de normalidade e anormalidade estão funcionando como um guia nesse contexto.

Essa dicotomia entre o normal e o anormal, que direciona a separação das pessoas, é um preceito determinado por uma parcela da sociedade com maior força econômica, política e social e por isso detém o poder de decisão do que deve ser o

padrão de normalidade em que as pessoas devem se encaixar. “Cada sociedade tem mecanismos de controle social para garantir que a maioria de seus membros conforme-se com essas normas. As pessoas que não se conformam com essas regras ou quebram os tabus sociais são excluídas socialmente” (BECKER; ARNOLD, 1986, p. 40, tradução do autor). Essa visão é mais um indicativo de que o estigma é uma construção social e que mantém estreita relação com as estruturas de poder.

Componente 4 - Perda de status e discriminação

Esse componente, apesar de não compor comumente o conceito de estigma, integra a sua formação, pois, quando as pessoas são rotuladas, separadas e ligadas a características indesejáveis uma lógica é construída para desvalorizá-las, rejeitá-las e excluí-las da vida social, o que as torna seres inferiorizados.

Segundo Link e Phelan (2001, p. 371, tradução da autora), “Uma consequência quase imediata da rotulagem negativa é uma colocação geral descendente de uma pessoa em uma hierarquia de status. A pessoa é ligada a características indesejáveis que reduzem o seu status aos olhos do estigmatizador”. No decorrer desse processo, o status inferior já começa a ter efeitos sobre a pessoa, independente dos rótulos. Segundo Link e Phelan (2001) não é necessário rever a rotulagem e os estereótipos que, inicialmente, levaram à inferiorização porque o próprio status inferior se torna a base da discriminação.

Investigando o estigma pela ótica da perda de status, nota-se que as pessoas tornam-se menos atraentes à socialização. Com isso, a discriminação ocorre no contexto das interações sociais entre os grupos, onde se encontram pessoas mais e menos valorizadas, principalmente em sociedades em que a cultura da hierarquização é dominante, ajudando a explicar o motivo para indivíduos estigmatizados sofrerem tantas desvantagens.

Colaborando com esses componentes na formação do estigma, as crenças pessoais sobre o transtorno mental não envolvem formas óbvias de comportamento discriminatório, mas podem embutir tal propósito. As pessoas, desde a infância, desenvolvem crenças sobre si próprias, sobre os outros e sobre o mundo. As crenças sobre os transtornos mentais são construídas no início da vida como parte da socialização em nossa cultura. Essas informações, que estão entre o conhecimento

popular e o científico, podem ser justificativas do estigma e potencialmente da discriminação, pois a crença é um dos guias para o comportamento pessoal.

A formação das crenças sobre essa temática mantém grande relação com a percepção que a sociedade desenvolve sobre o transtorno mental. A existência de crenças falsas, sobre o assunto, que podem produzir estigmas, está associada com as mudanças de entendimento da sociedade no decorrer da história. Foucault (2012) considerou como fato inquestionável que o transtorno mental esteve sujeito, mais do que qualquer outra situação médica, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses econômicos, à história. Desse modo, cada período histórico acentua a complexidade de atitudes e de concepções que coexistem e que dão sentido ao fenômeno do transtorno mental.

Com a informação de que vários componentes inter-relacionados são necessários para a formação do estigma, a sua conceituação sofre uma complementação. De acordo com Link e Phelan (2001, p. 377, tradução da autora), “O estigma existe quando elementos de rotulagem, estereótipos, separação, perda de status e discriminação ocorrem juntos em uma situação de energia que lhes permite”. A força do estigma será dependente diretamente do grau de cada um desses componentes e sua explicação não pode ser baseada só em processos cognitivos, como pretendem alguns autores. Os processos sociais possuem também sua importância, pois é por meio deles que se explica a dominação de um grupo sobre outros.

1.3 ESTIGMA E A RELAÇÃO COM OUTRAS CONSTRUÇÕES SOCIAIS (ESTEREÓTIPO, PRECONCETO, DISCRIMINAÇÃO)

O estigma é um processo social que mantém uma interseção com outros modelos conceituais que fomentam a depreciação ou a tornam base para gerar desigualdades nas relações sociais. Algumas dessas construções sociais fazem parte do processo de estigmatização e a função que exercem é de tal importância, que funcionam como alicerce para a construção do conceito de estigma.

Os estereótipos são crenças sobre grupos sociais que são feitas para todos os seus integrantes, caracterizando um grupo inteiro, descartando diferenças individuais ou

as características únicas de pessoas dentro do grupo. Os estereótipos podem basear-se em informação factual, mas, muitas das vezes envolvem generalização do que pode ser apenas uma parte da verdade. Eles também podem ser obviamente falsos. Quando os estereótipos se tornam rígidos, e particularmente quando eles ignoram quaisquer dados específicos relativos à pessoa ou grupo em questão, tendem a adquirir um tom pejorativo (HINSHAW, 2006).

Os estereótipos surgem, em geral, pela distorção de um fato. A sua manutenção e perpetuação se dá por vários canais: cultura vigente, preconceitos, interesses socio-políticos e pela mídia, que, por ser um meio de comunicação de massa, é uma forma importante de disseminação dessas deformações da imagem de tudo que envolve o transtorno mental: o próprio indivíduo, os funcionários que atuam em seu tratamento, seus familiares, locais de assistência, entre outros.

Um critério básico que pode ser utilizado para diferenciar estereótipo de estigma é a produção de inferioridade do ser rotulado. Essa característica é peculiar do estigma, no entanto, não necessariamente é inerente do estereótipo. O estigma, para sua formação, incorpora elementos estereotipados do indivíduo e, junto com outras características ou atitudes negativas, consegue desvalorizá-lo, atingindo seu objetivo.

O preconceito, de acordo com Allport (1954) apud Monteiro e Villela (2013, p. 15) “é uma atitude hostil ou aversiva dirigida a uma pessoa ou grupo que tenha qualidades consideradas censuráveis socialmente”. O foco do preconceito, ao usar as diferenças entre as pessoas, é criar desvantagens para os indivíduos censurados por uma opinião dominante. É uma atitude irracional, injustificável e supergeneralizada. O termo conota prejulgamento que reflete atribuições feitas sobre membros de um grupo social, na ausência de provas. O sofrimento causado está diretamente associado com o julgamento da pessoa pelo seu transtorno e não pela sua essência.

A diferenciação dos modelos conceituais estigma e preconceito torna-se difícil, pois o grau de aproximação é elevado, de tal forma que em algumas situações aparecem de forma justapostas. Já *a priori*, o objetivo de ambos mostra-se, aparentemente, idêntico: criar desvantagem ao indivíduo afetado.

O preconceito, apesar de ter seus alvos limitados, pode ser pesquisado, segundo Thorncroft et al. (2007), em qualquer situação de rejeição de um grupo minoritário. Para

os autores o preconceito não é composto só por pensamentos negativos em relação a essas pessoas, mas também por emoções, tais como ansiedade, raiva, ressentimento, hostilidade, aversão ou repulsa.

O maior contato com as noções de estigma e preconceito mostra que eles possuem muito mais semelhanças que divergências. Esses dois processos sociais, segundo Phelan, Link e Dovidio (2013, p. 193), exercem três funções na sociedade: “exploração/dominação; imposição de normas sociais e prevenção de doenças. Essas funções também são referidas como manter as pessoas para baixo; mantê-las dentro; mantê-las fora”. A semelhança entre esses modelos é notável, pois as suas formações são baseadas em características comuns, como categorização, rotulação, estereotipagem, desejo de conformidade, atitudes negativas, rejeição social, todas colaborando para a discriminação dos portadores de transtorno mental.

A discriminação refere-se ao tratamento injusto a outras pessoas ou ações prejudiciais em relação a elas, com base na sua participação em um grupo específico. Discriminação pode ser instigada por indivíduos, famílias ou comunidades ou por culturas ou nações como um todo. Quando ela ocorre, os direitos do grupo-alvo são limitados (HINSHAW, 2006).

De acordo com Sartorius e Schulze (2005), a discriminação está presente na vida do indivíduo estigmatizado, levando a inúmeras consequências negativas para sua vida e para seu tratamento, produzindo e reproduzindo desvalorização pessoal.

A grandeza de entender as diferenças dessas construções sociais é tão importante quanto a compreensão de que esses processos sociais estão intimamente ligados entre si e a estruturas mais amplas de poder e dominação. Os estereótipos levam inevitavelmente à produção de estigma e a atitudes preconceituosas, que por sua vez promovem práticas discriminatórias, que são as verdadeiras responsáveis pelas desigualdades sociais percebidas pelos portadores de transtorno mental.

1.4 NÍVEIS DE ESTIGMA E ALGUMAS CONSEQUÊNCIAS PARA O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

As descrições anteriores sobre a construção do estigma suscitam outras questões relativas à sua conformação na sociedade. Uma forma de complementar esse estudo é a

apresentação dos tipos ou níveis de estigma. A disposição do estigma em social, autoestigma e profissional se dá pela representação dos diferentes campos sociais em que atuam. Apesar de os tipos de estigma manterem, para existir, uma conexão entre si, é importante reconhecer cada tipo, pois se consegue com isso propor, para alguns casos, estratégias pontuais de combate ao estigma, minimizando assim algumas consequências.

O estigma social, também chamado de público, é o mais frequentemente discutido, por ser a fonte de qualquer outro tipo de estigma e por ser construído pela sociedade. É a percepção de um grupo social ou da sociedade em relação a um indivíduo que apresenta atributos caracterizados como negativos. Segundo Siqueira e Cardoso (2011, p.101), “Ele irá ocorrer quando as pessoas forem desvalorizadas por não constituir pessoas ideais dentro das normas sociais, e assim, tornam-se objetos do controle social, o qual propicia uma limitação em suas relações sociais”.

O autoestigma ou estigma internalizado é considerado por Corrigan (2004, p. 618, tradução da autora) “Como uma consequência direta do estigma público, devendo o indivíduo, primeiramente, conscientizar-se desse estigma, concordar com ele e aplicá-lo a si mesmo”. Apesar de ser uma manifestação pessoal, o autoestigma é socialmente construído, pois o autoconceito, que é o ponto modificado pelo estigma, é um processo social, já que outras pessoas são essenciais para alguém adquirir conhecimento sobre si e para a evolução e interpretação de suas experiências de vida (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011).

A tentativa de adequação dos portadores de transtornos mentais a modelos sociais pode ser uma fonte do autoestigma, pois, para não se afastarem do que a sociedade espera deles, acabam por aceitar e internalizar estereótipos negativos, o que provoca um sofrimento tão intenso quanto o provocado pelo o seu próprio transtorno, já que afeta a credibilidade em suas próprias capacidades, e produz um isolamento responsável pela não procura de tratamento e pela não socialização, para não tornar pública sua condição de doente e estigmatizado, tornando seus objetivos e expectativas de vida diminuídos.

De acordo com Corrigan (2004), a redução da autoestima é uma das principais consequências negativas do estigma internalizado. A queda da autoestima torna o indivíduo mais propenso a internalizar o estigma, surgindo assim um ciclo vicioso da

estigmatização. Outro efeito produzido é a reação de vergonha que a pessoa apresenta quando internaliza um estigma perante a categoria social estigmatizada que à qual ela pertence (ex: grupo de alcoólicos). Os portadores de transtornos mentais, ao sofrerem com esse problema, tentam não fazer parte de um grupo que representa sua característica para não aumentar sua exposição negativa a sociedade.

O estigma profissional, considerado também uma repercussão do estigma social, é caracterizado pela presença de atitudes estigmatizantes em profissionais de saúde em relação aos portadores de transtorno mental. Algumas pesquisas mostram essa relação, como a realizada por Cohen e Struening, em 1962, considerados uns dos primeiros pesquisadores a investigar as atitudes dos profissionais com os portadores de transtorno mental, sendo que encontraram a restrição social como um estigma mais presente nos profissionais de saúde, o que facilitaria a institucionalização nesse contexto histórico (COHEN; STRUENING, 1962). Essa investigação, apesar de feita em uma conjuntura social diferente da atual, principalmente no que se refere propriamente à psiquiatria, ainda gera repercussões importantes para os estudos atuais do estigma. A partir desse estudo foi desenvolvida uma escala para medição do estigma – Escala de Medidas de Atitudes e Opiniões sobre Doença Mental (ODM).

Algumas indagações são feitas acerca das possíveis explicações sobre profissionais de saúde terem atitudes estigmatizantes próximas às do público geral. Trabalhadores da saúde podem desenvolver seus próprios preconceitos com base em sua educação ou até mesmo no próprio trabalho, especialmente ao trabalhar com indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes. Os autores Cohen e Cohen (1984) descreveram o conceito de “ilusão do clínico”, que pode explicar os níveis mais elevados de estigma por vezes encontrados nos profissionais da área de saúde mental. Essas pessoas são constantemente expostas ao transtorno mental num momento mais grave e esse tipo de contato pode levar a generalizações negativas e a um grau de pessimismo superior ao da população em geral.

A formação inadequada e falta de preparo para trabalhar com essa população pode ser considerada, segundo Cashwell e Smith (2011), uma das causas para as atitudes negativas dos profissionais de saúde. Eles também indicam que os profissionais recebem pouco suporte governamental, limitando o seu sucesso no trabalho.

Como já dito, o estigma profissional segue em paralelo com o estigma social, por isso, não se podem justificar essas atitudes profissionais exclusivamente por uma falha na educação. Segundo Batista (2013), quando a cultura que permeia a sociedade considera o transtorno mental como acontecimento de responsabilidade pessoal, os profissionais de saúde apresentam maior estigmatização, como visto nas culturas asiáticas.

Os estigmas aqui apresentados são os que a literatura classicamente descreve como sendo os principais tipos. No entanto, alguns autores destacam o estigma familiar como sendo mais um tipo. O estigma familiar é descrito por Goffman (1988) como “estigma por cortesia” e se refere à condição em que os familiares ou pessoas são estigmatizados por sua ligação com um paciente numa condição estigmatizante.

O estigma familiar está envolto no princípio da culpa, que norteia algumas concepções sobre a saúde mental. A culpabilização do familiar pela geração do transtorno mental é algo que pode provocar o sentimento de vergonha, levando a uma diminuição de sua autoestima. Outra vertente da culpa é quando esta recai sobre o próprio portador, indicando, dessa forma, que poderia ter o controle da sua situação. As reações de seus familiares seriam então de rejeição e punição. Pesquisa apresentada por Corrigan (2004, p.618, tradução da autora) demonstra alguns efeitos negativos do estigma familiar sob o aspecto da culpa.

Descobriu-se que 25% a 50% dos membros da família relataram tentar esconder seus parentes com transtornos mentais, a fim de evitar trazer vergonha à família; 20% a 30% relataram que os relacionamentos tornaram-se tensos entre familiares de pacientes e amigos e 20% a 30% relataram baixa autoestima porque tinham um parente com um transtorno mental.

Em algumas situações, os membros da família aceitam e incorporam em suas vidas os atributos estigmatizantes que a sociedade formou para seu familiar, o que acaba por colaborar com o poder de exclusão social do estigma. Nessa situação, pode-se considerar como sendo mais uma manifestação da internalização do estigma.

Segundo Corrigan (2004, p.618, tradução da autora), “Indivíduos portadores de transtornos mentais apresentariam maior disposição ao tratamento se acreditassem que os membros da família não têm uma reação negativa com esses serviços”, o que transforma a família, que em geral é um suporte emocional para o portador de transtorno mental, em mais um veículo do estigma.

O estigma estrutural ou institucional é outro tipo pouco investigado, mas que produz grandes desvantagens para o portador de transtorno mental. Segundo Corrigan (2004), essa classe de estigma está incluída nas políticas de instituições privadas e/ou governamentais quando intencionalmente restringem as oportunidades de pessoas com transtorno mental. Esse estigma afeta a estrutura em torno da pessoa, levando-a a ser exposta a uma série de circunstâncias adversas. Não é uma estigmatização tão evidente, mas provoca resultados que colocam a pessoa afetada em maior vulnerabilidade, pois passam a sofrer desigualdades de oportunidades de educação, emprego, atendimento médicos e justiça. Link e Phelan (2001, p. 372, tradução da autora) exemplificam como se forma e age o estigma estrutural.

Suponha que, como o transtorno mental é estigmatizado, menos financiamento é dedicado à pesquisa sobre ele do que para outros problemas de saúde e menos dinheiro é alocado para cuidados e gestão. Além disso, consideramos que, devido a influências do estigma, as instalações de tratamento tendem a ser isoladas e longe de outras pessoas ou confinadas a alguns dos mais desfavorecidos ambientes urbanos. Na medida em que o estigma criou tal situação, uma pessoa que desenvolve o transtorno mental será alvo de discriminação estrutural.

Ao descrever algumas peculiaridades dos estigmas, entende-se por que é uma situação tão persistente e difícil de erradicar, pois faz parte de um processo amplo de vários mecanismos que levam a um padrão geral de desvantagens. É de suma importância, para que o estigma não seja subestimado, compreender que os seus tipos não devam ser vistos de maneira isolada, mas sim o efeito global dos estigmas, pois esse influencia mais as oportunidades de vida, sejam referentes a carreira profissional, ganhos financeiros, habitação, saúde ou laços sociais.

1.5 AS RELAÇÕES ENTRE ESTIGMA, SAÚDE MENTAL E DIREITO

O processo de estigmatização sofre influência de inúmeros fatores, sendo que o direito é caracterizado como uma variável que teve e ainda tem o poder de validar, por meio do seu conjunto de normas e sanções, algumas desigualdades no que tange ao transtorno mental. Segundo Correia Junior e Ventura (2014), o direito, ao edificar leis que respaldam as instituições totais, o cerceamento à liberdade, limita as singularidades e patrocina dessa forma a rotulação, a estigmatização e a segregação do sujeito.

A análise histórica da loucura é permeada por uma relação do direito com a psiquiatria, que pode ser percebida como umas das bases do entendimento de como alguns estigmas se consolidaram tão fortemente na sociedade e que suas origens estão intrinsecamente relacionadas com perdas de direitos civis, humanos, trabalhistas, constitucionais, entre outros.

É perceptível a mudança que ocorre em relação aos direitos do indivíduo a partir do diagnóstico de transtorno mental, considerado, nesse panorama, como um ser que se afasta da normalidade e que, ao perder sua razão deixa de ser protegido pela sociedade, tendo seus direitos cerceados, de forma a proteger o resto da população (BASAGLIA, 2005).

No Brasil, a partir da metade do século XIX, surgiram políticas públicas que, conforme Correia Junior e Ventura (2014, p. 49), objetivavam “legitimar, direcionar e edificar posturas terapêuticas, assim como traçar políticas na área da saúde destinadas às intervenções em relação aos portadores de transtorno mental”. Muitas dessas políticas, (Ver quadro 1), respaldaram o enclausuramento desses, repercutindo na sociedade um modo de agir e pensar dotados de estigma e discriminação.

Quadro 1 – Resumo das legislações brasileiras sobre a assistência ao portador de transtornos mentais até 1934

| Legislação | Objetivo |
|---------------------------|---|
| Decreto 82 - 18/7/1841 | Fundação do primeiro hospital destinado privativamente para tratamento de alienados. |
| Decreto 1132 - 22/12/1903 | Reorganizar a assistência ao alienado mental, indicando a reclusão quando houvesse comprometimento da ordem pública ou da segurança das pessoas. |
| Decreto 14831 - 25/5/1921 | Aprovar o regulamento do manicômio judiciário de forma a excluir condenados com sintomas de loucura, justificada pela incapacidade e periculosidade que seriam intrínsecas aos loucos. |
| Decreto 24559 – 3/7/1934 | Normatizar a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos. O decreto contempla termos como menores anormais, cura definitiva, contágio mental e a proibição de internações dessas pessoas em hospitais de clínica geral. |

Ao mesmo tempo em que as políticas públicas que legitimaram o encarceramento dos portadores de transtorno mental surgiram como resposta às

concepções sobre esse transtorno, também foram responsáveis em parte pela sedimentação e aceitação de estereótipos negativos pela sociedade e pela própria pessoa acometida de sofrimento psíquico.

Por meio do entendimento desses decretos, conclui-se que o direito acabou por validar a perda de parte da cidadania de pessoas quando essas recebem o diagnóstico de transtorno mental e têm sua liberdade cerceada. A justiça acabou por estabelecer uma regra para esses indivíduos: “São incapazes para os atos da vida civil os loucos de todo o gênero. Sua incapacidade lhes dá o direito de serem tutelados” (DELGADO, 1992, p. 36).

A partir da década de 1970, esse modelo de atenção, segregador e distanciado dos princípios de cidadania e dos direitos humanos, começou a entrar em crise, surgindo o questionamento das funções das instituições psiquiátricas, em especial no que tange ao controle e normatização dos indivíduos. A partir de então, começou a germinar as ideias embrionárias em prol da reforma psiquiátrica, caracterizada pelo Ministério da Saúde como:

Processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p.6).

A reforma psiquiátrica estando centrada em mudanças dos paradigmas psiquiátricos vigentes e não só em transformações institucionais, consolida-se como uma oportunidade para que estigmas possam ser quebrados, principalmente os associados ou originados pelas práticas de isolamento, segregadoras e hospitalocêntricas. As novas práticas comunitárias, na nova perspectiva da saúde mental, possibilitam mostrar à sociedade, incluindo o próprio usuário, suas reais características e capacidades, iniciando então a recomposição da sua dignidade humana.

Apesar da reforma psiquiátrica não situar o seu processo transformador em uma única dimensão, o plano jurídico e político apresenta-se como uma área imprescindível para que mudanças propostas por essa reforma possam ser efetivadas. De acordo com Correia Junior e Ventura (2014, p. 43), “Não há leitura na área da Saúde Mental que não

passa, invariavelmente, pelo direito e pela efetivação jurídica das políticas de saúde. Também não há política na área da saúde que não se embasa nos direitos e garantias do cidadão [...]”.

Na década de 1990, os movimentos sociais engajados na reforma psiquiátrica conseguem aprovar em várias partes do Brasil leis que determinam a substituição progressiva dos hospitais. Também é nesse período que o Ministério da Saúde começa a fazer modificações na área de saúde mental, como a regulamentação e a implantação de serviços alternativos à internação e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. “Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas cerca de 93% dos recursos federais para a saúde mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2005, p.8).

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a lei 10.216 é sancionada em 2001 e passou a redirecionar a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, além de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A aprovação da lei proporcionou um fôlego maior ao processo de reforma psiquiátrica no Brasil, que conseguiu progressivamente construir uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e reduzir os leitos psiquiátricos existentes, o que pode ser constatado quando se vislumbra a proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares, que passou de 80% em 2002 para 20% em 2013 (BRASIL, 2015).

Grandes alterações no campo da saúde mental foram alcançadas, sendo que a participação da área política e jurídica foi essencial especialmente no que tange à desinstitucionalização. No entanto, existem problemas no cotidiano extra-hospitalar que dificultam a inclusão social e que ainda precisam ser solucionados, como os relacionados a empregabilidade, acesso a serviços de saúde e discriminações diversas advindas em parte do processo de estigmatização, o que justifica que o movimento de reforma psiquiátrica não se dê por concluído. De acordo com Amarante (2007, p. 71), “É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais”.

2 CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL PARA A MODIFICAÇÃO DE ATITUDES ESTIGMATIZANTES ASSOCIADAS AO TRANSTORNO MENTAL

2.1 UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE A CATEGORIA ATITUDE

As atitudes estigmatizantes são alvo de inúmeros programas educacionais de combate ao estigma associado ao transtorno mental, pois essas são consideradas como fatores de previsão de comportamentos discriminatórios relacionados ao estigma.

Com o intuito de melhor fundamentar as estratégias educacionais de enfrentamento do estigma, faz-se necessária uma breve apresentação sobre a categoria atitude, que é caracterizada segundo o modelo teórico de Fishbein e Ajzen (1975, p. 216, tradução da autora) como “a predisposição adquirida e relativamente estável para agir, pensar ou sentir de uma determinada forma (positiva ou negativa) em face de um objeto, pessoa, situação, grupo social, instituição, conceito”.

Partindo dessa conceituação, que considera a atitude como algo que se apreende durante a vida e não simplesmente como inato a ela, depreende-se que seu desenvolvimento repercute o meio social em que as pessoas vivem, assim como, evidencia que é possível que existam modificações na sua conformação, apesar de sua característica estável.

Outra minúcia que o conceito traz à tona é que o autor, apesar da aproximação dos termos, diferencia a atitude das expressões agir, pensar e sentir, que são considerados elementos exteriorizados e/ou práticos da atitude no ser humano, quando este se encontra em situações em que tem que manter uma relação social.

As atitudes podem desempenhar diversas funções, tais como: favorecer o processo de tomada de decisões, controlar os comportamentos, propiciar a adaptação à realidade, que contribuem para a estabilização da personalidade e podem determinar o modo como pensamos, sentimos e agimos.

Seguindo a teoria de Fishbein e Ajzen (1975) a atitude é composta por crenças (conhecimentos acerca da situação ou do objeto), sentimentos (ou afetos) e tendências de ação (comportamentos). Ou seja, a atitude é uma construção multidimensional que

para consolidar-se precisa experimentar a influência de diversos agentes como família, escola, amigos ou qualquer outro grupo de referência.

Por meio do entendimento da composição da atitude consegue-se perceber o motivo de ela ser tão estável e, por consequência, de difícil modificação, pois o seu desenvolvimento acontece ao mesmo tempo em que o indivíduo se desenvolve. No entanto, os componentes (crença, sentimentos e tendência de ação) que integram as atitudes influenciam-se reciprocamente, significando que qualquer mudança num desses três componentes é capaz de modificar os outros, uma vez que todo o sistema é acionado quando um dos seus componentes é alterado.

Essa informação de que a atitude pode ser mutável pela modificação de um de seus elementos deve ser base de conhecimento para as estratégias educacionais efetivarem propostas que diminuam comportamentos estigmatizantes nos indivíduos.

É por meio da premissa da mutabilidade da atitude que a redução do estigma é possível e justificam que propostas, que deliberam sobre mudanças nas atitudes estigmatizantes devem ser defendidas e aplicadas a grupos sociais com o intuito de melhorarem suas relações com portadores de transtornos mentais.

Outro conhecimento útil que colabora na redução de atitudes que predispõem ao estigma é a existência de fatores que aumentam ou diminuem a consistência da relação entre atitude e ação, que, segundo Fishbein e Ajzen (1975), pode ser descrito como fatores que aumentam a consistência da relação entre atitude e comportamento (a força da atitude, a estabilidade da atitude, a acessibilidade da atitude, a relevância das atitudes para o comportamento, a qualidade da atitude) e fatores que reduzem a influência das atitudes no comportamento (pensar acerca das suas próprias atitudes, pressões situacionais, o alvo da atitude).

Além da psicologia social, que demonstra que atitudes podem ser modificadas, a pedagogia também colabora com suas teorias, afirmando que “Nas teorias de aprendizagem cognitivas, a mudança de atitude é vista como dependente de fatores pessoais, fatores ambientais e atributos do próprio comportamento. As consequências de uma mudança de atitude devem ser vistas como valiosas para a pessoa”. (GYLLENSTEN et al., 2011, p. 6, tradução da autora).

Como visto nas descrições teóricas, a modificação completa de atitudes estigmatizantes não se consegue por meio de uma alteração fatorial, já que a atitude é multidimensional e o estigma é um problema social complexo.

Algumas pesquisas demonstram que abordagens educacionais amplas que visam ao estigma do transtorno mental têm demonstrado ser eficazes na produção de uma melhoria em atitudes de estudantes e profissionais de saúde (GYLLENSTEN et al., 2011). De acordo com estudos de Gil (2010, p. 62) que investiga estudantes do curso de graduação em enfermagem “as atitudes mais positivas face à doença mental são constatadas nos finalistas dos referidos cursos, o que sugere a influência que a formação acadêmica pode ter na ‘mudança’ de atitudes”. Estudos parecidos obtiveram resultados semelhantes como os desenvolvidos por Pedrão et al. (2003) e Markstrom et al. (2009).

A partir de pesquisas com esses formatos e por meio do conhecimento advindo da psicologia, pedagogia, saúde mental, entre outras áreas afins, pode-se adaptar o ensino de saúde mental com o propósito de permitir que discentes possam começar a modificar suas atitudes em prol de um relacionamento menos estigmatizador com portadores de transtorno mental.

2.2 ENFRENTAMENTO DO ESTIGMA POR UMA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL CRÍTICA

A educação profissional, por meio do ensino de saúde mental, é um importante instrumento para confrontar inúmeros tipos de estigma e, quando contextualizada com as propostas atuais de assistência ao portador de transtorno mental, esta oferece ao estudante ou profissional de saúde base para diminuir seus próprios estigmas, como também ser um ativista contra o estigma social que esta população experimenta.

A educação é considerada por Arboleda-Flórez e Stuart (2012) uma das abordagens para a redução do estigma e, que ao ser aplicada à população, seja composta por leigos, portadores de transtornos mentais, estudantes ou profissionais de saúde, tem como propósito “substituir mitos e a desinformação com concepções precisas sobre a natureza e a prevalência de transtornos mentais, melhorando assim a carga de conhecimento global em saúde mental.” (p.461, tradução da autora).

Para que o ensino possa cumprir os propósitos citados, algumas mudanças na trajetória educacional devem ocorrer com o intuito de desenvolver junto aos

profissionais da saúde, formados ou ainda em formação, entendimento necessário para que os elementos abrangentes do estigma, que segundo Thornicroft et al. (2008) são os problemas de conhecimento, preconceito e discriminação, possam ser limitados.

O ensino de saúde mental deve estar em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, que tem como um dos seus desafios a redução do estigma e a inclusão do portador de transtorno mental na sociedade. Daí a necessidade de se pensar a formação para além das práticas médicas com concepções normatizantes e biologicistas.

A reflexão sobre a construção de um ensino de saúde mental baseada nesse novo paradigma deve partir de algumas indagações cujas respostas guiam essa reforma do ensino: “Quem estamos pretendendo formar? Para que estamos pretendendo formar? Para quem estamos formando? Qual o objetivo de nossa formação? O que pretendemos mudar ou introduzir a partir de nossa formação?” (AMARANTE, 2008, p.66).

Todavia, existem alguns obstáculos encontrados na educação profissional, observados no dia a dia que dificultam a formação comprometida com as diretrizes da reforma psiquiátrica. O preparo do docente, apoio institucional, projeto pedagógico, referências pedagógicas, entre outros fatores, podem interferir de tal modo que o currículo objetive adaptar os estudantes e futuros técnicos em saúde para atuarem em uma psiquiatria hospitalocêntrica, medicalizadora e centrada no transtorno mental, o que na prática leva a repetir antigas atitudes estigmatizantes, provocando dificuldades na inserção desse trabalhador na atenção à saúde mental que propõe um cuidado psicossocial não asilar ao sujeito em sofrimento psíquico.

Da mesma forma que a psiquiatria normalizadora e biologicista domina parte do ensino sobre transtornos mentais, a pedagogia tradicional também detém esse poder de tal forma que dificulta o desenvolvimento de práticas educativas que objetivam a reflexão dos conteúdos sobre saúde mental e estigma. A atuação dessa pedagogia no ensino dos trabalhadores da enfermagem é bem demonstrada por Lucchese e Barros (2009, p. 156) quando consideram que a pedagogia tradicional prioriza os procedimentos técnicos por meio um ensino fracionado, contrapondo-o a um processo de formação integral, essencial para a atenção psicossocial.

Objetivar mudanças nas atitudes estigmatizantes de estudantes ou profissionais da saúde mantendo essa estrutura tradicional de ensinar saúde mental torna-se difícil, pois é a transformação que demanda, em algumas situações, o abandono de algumas

crenças e para isso fazem-se necessárias práticas educativas que a pedagogia tradicional não contempla. De forma a buscar um novo caminho para esse ensino na enfermagem, mas que pode ser aplicado a qualquer profissão que atua na rede de atenção à saúde mental Lucchese e Barros (2009, p. 156) propõem que a qualificação profissional

[...] É o momento de o educador em enfermagem buscar novas estratégias de ensino que proporcionem uma situação de aprendizagem, mediante ações transformadoras. É necessário desenvolver o pensamento crítico e questionador, estimular a liderança, explorar as potencialidades de ser humano em cada aluno, empregando estratégias problematizadoras [...].

O profissional de saúde que tem seu saberes e práticas centrados no paradigma da reforma psiquiátrica percebe com mais clareza que sua função está além de um cuidado técnico ao indivíduo em sofrimento. Passa a ter clareza de que seu papel é tornar-se mais um combatente do estigma de forma a multiplicar os ensinamentos apreendidos durante a sua qualificação. Assim, consegue-se formar muito mais que profissionais de saúde, mas sujeitos políticos com capacidade transformadora no campo da atenção psicossocial.

2.3 ADEQUAÇÕES DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO ENSINO DE SAÚDE MENTAL COMO BASE PARA TRANSFORMAÇÕES DAS ATITUDES ESTIGMATIZANTES

Ao se construir um conteúdo programático voltado para o ensino de saúde mental, vários princípios devem ser seguidos, sendo um desses o planejamento do curso adequado à característica do público-alvo. Sabendo-se que a formação pode abraçar pessoas mais ou menos jovens, o conteúdo e a didática devem estar direcionados de forma a utilizar características do grupo na discussão antiestigma. Segundo Stuart e Arboleda-Flórez (2001), informações sobre como os conhecimentos e as atitudes acerca do transtorno mental diferem por subgrupos de população podem ajudar os responsáveis por campanhas educativas a refinar a natureza da mensagem, direcionar as mensagens para públicos específicos e identificar métodos de transmissão de alto rendimento.

Adolescentes que já se encontram em formação profissional constituem um grupo específico que possui particularidades propícias a transformações ou prevenções de atitudes estigmatizantes, partindo do conhecimento de que as atitudes intolerantes

estão associadas à idade mais avançada, enquanto que as mais benevolentes aos jovens (GYLLENSTEN et al., 2011).

Segundo Schulze et al. (2003), nessa fase, e especialmente na faixa etária dos 14 aos 18 anos, os adolescentes encontram-se a consolidar sua identidade pessoal e social, sendo que estão mais predispostos a integrar informação relacionada com suas experiências emocionais. Como a juventude é um período crítico para a formação da personalidade, projetos educativos voltados para desconstrução de crenças e estereótipos negativos são promissores nessa fase da vida, podendo colaborar de forma mais intensa na sua vida profissional futura na comparação à educação de pessoas menos jovens.

Outro ponto a ser discutido em relação ao ensino antiestigma na formação de profissionais da saúde é como esse assunto deve ser inserido em uma disciplina de saúde mental. Estudos que avaliam a influência do ensino de saúde mental nas atitudes estigmatizantes pré e pós-ensino mostram que a maioria é naturalista, ou seja, nenhuma intervenção foi adicionada ao que cada programa oferecia (GYLLENSTEN et al., 2011).

De acordo com Thornicroft et al. (2008), as intervenções educacionais com os melhores resultados são aquelas integradas ao currículo regular, o que remete à reflexão sobre a necessidade de incorporação da discussão do estigma no currículo como forma de determinar uma maior influência do ensino sob as atitudes de estudantes ou profissionais de saúde.

Para que uma intervenção educacional cumpra seu propósito de redução do estigma, é necessário que o discente tenha contato com conhecimentos referentes aos conceitos, tipos, causas, consequências e fatores que promovem a resistência do estigma, como também se faz necessário que este seja entendido como um determinante social para a saúde mental, levando à compreensão de que parte das estratégias de reabilitação psicossocial do transtorno mental passa pelo enfrentamento do estigma.

A lógica de como esse processo se formou na sociedade também é útil para melhorar a compreensão da situação atual do estigma. A percepção histórica da loucura por parte dos alunos leva-os ao caminho do entendimento de que o estigma tem suas origens muito antes do surgimento da psiquiatria como saber médico, porém, a psiquiatria reforçou a visão da sociedade sobre o portador de transtorno mental

traduzida em uma imagem estereotipada e estigmatizadora da loucura, tratando-os como irracionais incapazes e perigosos. Nessa perspectiva, conforme Silveira e Braga (2005, p. 594) “é importante conhecer o processo de construção histórica da loucura para que se possa desnaturalizar conceitos e ser, então, e ter a capacidade de reconstruí-los sob uma ótica mais comprometida com os interesses daqueles a quem se presta assistência”.

Em se tratando de processo histórico, a reforma psiquiátrica e suas repercussões devem ser introduzidas no conteúdo programático; no entanto, a depender da idade dos discentes essa temática pode produzir impactos, lembranças e objetivos diferentes. Assim, a característica etária deve ser levada em consideração durante o debate de alguns acontecimentos históricos. De acordo com Bezerra Junior (2007), o ensino dos jovens pode ser um desafio fundamental para a formação de recursos humanos para esta área.

A maior parte dos novos profissionais da rede é formada de jovens que não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial [...] Boa parte desses profissionais se tornou adulta num momento da vida do país em que as grandes bandeiras de transformação política já tinham se tornado história, momento em que a própria esfera da política começou a experimentar um esvaziamento que só fez se acentuar desde então. [...] O reflexo, junto aos novos profissionais, do esmaecimento da política, e a hegemonia crescente do discurso técnico tornam a formação desses profissionais uma tarefa complexa, pois se de um lado é preciso dar-lhes uma formação teórica e técnica sólida, de outro é necessário que ela suscite uma vocação crítica e criativa, de modo a atender aos desafios que um processo de transformação contínuo, como a reforma, impõe de modo constante (BEZERRA JUNIOR, 2007, p. 245-246).

Confrontar o conhecimento prévio do aluno com as novas realidades, como os serviços residenciais terapêuticos e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serve de motivação para a compreensão de que os estigmas relacionados com a restrição social, incapacidades pessoais e distanciamento social não podem justificar a exclusão social.

De acordo com López et al. (2008), serviços de saúde mental tradicionais (hospital psiquiátrico), com base na lógica de exclusão social e separados do resto dos serviços de saúde, são um dos fatores que parece contribuir para o desenvolvimento e/ou reforço do estigma, o que fundamenta a discussão do uso dos dispositivos da rede de atenção psicossocial (CAPS, residência terapêutica) na educação, pois contribuem para reduzir estigmas muito associados à hospitalização, como os envoltos com a falta de capacidade de convívio social e de independência, já que são serviços pautados na busca da autonomia do portador de transtorno mental.

Como em toda disciplina na área da saúde que trata de alguma patologia ou transtorno é fundamental que se estudem as condições determinantes que podem explicar o aparecimento de tal problema de saúde. Em se tratando de saúde mental, o modelo explicativo desses transtornos apresentado aos alunos pode estimular mesmo despropositalmente alguns estigmas.

Em relação aos modelos explicativos dos transtornos mentais, estes podem ser divididos, de acordo Bezerra Junior (2011), em reducionistas, que acreditam que toda experiência subjetiva tem explicação em bases biológicas, e em antirreducionistas, que acreditam que as bases biológicas são importantes, mas não suficientes para explicar as experiências subjetivas.

A escolha dos modelos explicativos que orienta o ensino de saúde mental deve ser criteriosamente bem definida. Diversos autores expõem opiniões divergentes no que diz respeito ao efeito estigmatizador desses sistemas explicativos dos transtornos mentais.

Em contraposição a alguns autores, Miller e Major (2003) indicam que a educação, enquanto uma estratégia de diminuição do estigma deveria focar o modelo médico ou biológico (reducionista) para explicar a origem da condição de saúde estigmatizada, o que levaria as pessoas com transtornos mentais a não ser responsabilizadas pelo seu problema de saúde.

No entanto, Phelan (2002) salienta que a diminuição da culpabilização, potencialmente proporcionada pelo enfoque genético, poderia vir acompanhada de inúmeras consequências negativas: ao considerar que transtorno mental tem uma etiologia genética, a distinção entre "nós" como normais e "eles" com determinada característica diferente/anormal pode ser ainda mais ampliada; o otimismo em relação à recuperação total do paciente poderia ser fortemente reduzido; pessoas que portam essa genética continuariam carregando rótulos, mesmo sem apresentar sintomatologia, o que é chamado de estigma antecipatório, comum em familiares desses portadores de transtorno mental.

O modelo médico ou biológico entende o diagnóstico como uma ferramenta fundamental para orientar o tratamento. Porém, o uso de categorias diagnósticas de forma indiscriminada pode potencializar, em algumas circunstâncias a estigmatização:

“Pesquisas sugerem que muitas pessoas não procuram serviços de saúde mental porque não querem ser rotuladas como ‘doentes mentais’ ou sofrer preconceito e discriminação que o rótulo implica” (CORRIGAN, 2007, p.31, tradução da autora).

Essa forma de estigmatização, que para alguns pode ser sentida como ato de desconforto, discriminação ou marginalização, pode ser minimizada por meio da educação, que, segundo Pimentel, Villares e Mateus (2013), é o momento de estimular habilidades de comunicação que priorizam o uso cuidadoso da linguagem e das formas de abordar o portador de transtorno mental. Nesse processo educativo deve ser combatido o uso do diagnóstico como adjetivo pessoal, ou melhor, não confundir a pessoa com o seu diagnóstico.

O modelo psicossocial de atenção à saúde mental (antirreducionista) considera, de acordo com Luís (2011, p.55), que “fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais sejam considerados determinantes das doenças”. Portanto, como há a necessidade da interação de fatores diversos para o desenvolvimento de um determinado problema de saúde mental, a possibilidade é diminuída de os discentes apreenderem o transtorno mental como sendo responsabilidade do indivíduo. De acordo com o mesmo autor, esse modelo “seria a estrutura perfeita para subsidiar a formação do profissional de saúde e o exercício de sua prática se não fosse à existência de contradições e conflitos gerados principalmente pelo fato de o modelo psicossocial não ser hegemônico” (2011, p. 56).

O remodelamento do que é ensinado é possível desde que o programa educacional seja construído a favor do sujeito em sofrimento psíquico e não voltado simplesmente para a repetição de conhecimentos desatualizados e descontextualizados com o que é preconizado atualmente no campo da saúde mental, em especial no que concerne à prevenção e ao combate ao estigma.

2.4 O CONTATO COMO ESTRATÉGIA EDUCACIONAL VOLTADA PARA O ENFRENTAMENTO DO ESTIGMA EM SAÚDE MENTAL

O contato de indivíduos em formação profissional com portadores de transtornos mentais é uma ferramenta que, quando apropriada pela educação, tem como fim a redução da estigmatização dos estudantes por meio da familiarização com indivíduos

que apresentam algum sofrimento psíquico, sendo considerada como a “experiência direta com o transtorno mental e pessoas com problemas psíquicos.” (ANGERMEYER; MATSCHINGER; CORRIGAN, 2004, p. 176, tradução da autora).

Esse tipo de estratégia antiestigma pode ser aplicado e analisado sob o ponto de vista retrospectivo, em que se observam as atitudes estigmatizantes de pessoas que já tiveram alguma experiência direta prévia com indivíduos em sofrimento psíquico, ou pelo enfoque prospectivo, em que o contato tem caráter experimental e que só posteriormente as mudanças atitudinais são avaliadas, o que López et al. (2008) consideram como mais favorável para melhor estabelecer os mecanismos intervenientes do contato.

Independente da sua natureza, o contato com os membros do grupo estigmatizado é considerado por Corrigan e Gelb (2006) como um meio efetivo para reduzir o preconceito intergrupais, considerando a estratégia mais eficaz para a melhoria de atitudes estigmatizantes. Nessa mesma direção, Pimentel, Villares e Mateus (2013), além de concordarem com essa funcionalidade do contato, também o consideram como a estratégia que mais reduz o estigma em longo prazo.

Esses resultados de estudos em que a estratégia de contato favorece a redução do estigma são fortalecidos por teorias que explicam esses efeitos produzidos pelo contato. Uma delas é chamada de teoria da recategorização, que segundo Gaertner et al. (2000), indica que o contato com um membro do *outgroup* (estigmatizados) resultaria em mudanças na sua classificação pelos membros do *ingroup* (estigmatizadores). Outra explicação envolve a teoria da dissonância cognitiva, em que se acredita que o encontro de pessoas que trazem informações conflitantes pode levar à incorporação de novas crenças (COUTURE; PENN, 2003).

Todavia, o modelo mais relacionado de mudança de estigma de acordo com Corrigan et al. (2005) está enraizado na teoria da atribuição, que expõe que as atribuições são consideradas explicações que um indivíduo elabora diante de um comportamento observado. Com isso algumas atitudes podem ser modificadas a partir da observação de um indivíduo portador de transtorno mental.

Por meio dessa teoria, o contato interpessoal com uma pessoa portadora de transtorno mental, enfraqueceria a crença de que tal condição está sob o comando da

pessoa em sofrimento psíquico. De acordo com Penn e Couture (2002), essa mudança de atribuições, de controlável para incontrollável, resultaria, então, numa correspondente mudança de atitudes e comportamentos, como, por exemplo, de raiva para simpatia e de desejo de distância para desejo de ajudar.

A estratégia do contato, caracterizada como uma forma efetiva de redução dos estigmas em saúde mental pode ser aplicada de forma indireta e direta. As pesquisas referentes a essas duas alternativas evidenciam características vantajosas intrínsecas de cada modelo. O contato indireto que ocorre por meio das apresentações de mídia é considerado por Reinke et al. (2004, p. 379, tradução da autora) como “atraentes por que fornecem um meio eficiente para mudar o estigma em uma ampla escala”, e enquanto o contato direto teria a vantagem de proporcionar, segundo Gyllensten et al. (2001, p. 7, tradução do autor), “envolvimento emocional e pessoal por meio do encontro com alguém que tenha experiência real de um transtorno mental”.

De acordo com estudos de Reinke et al. (2004), diferentes formatos de contato (*in vivo* e filmado) estabelecem efeitos significativos nas atitudes sobre os transtornos mentais. Todavia, apenas estabelecer uma forma de contato (gravado ou face a face) não determina que essa estratégia seja resolutive.

De acordo com Couture e Penn (2003), a qualidade do contato é tão ou mais importante do que o contato em si. Existem fatores relacionados a ele que influenciam o nível de mudanças de atitudes estigmatizantes, como a sua capacidade de ¹desconfirmar estereótipos que colaboram com a estigmatização da pessoa com sofrimento psíquico.

Conforme Reinke et al. (2004, p. 379, tradução da autora), “o contato com surtos psicóticos e pessoas semiviolentas que vivem nas ruas não muda atitudes estigmatizantes, pois, em vez de desconfirmar o estereótipo, esse tipo de interação pode reforçar o estigma.” Já López et al. (2008) expõem que usar como contato pessoas que não respondem ao estereótipo, apresentando-se como “doente perfeito”, que parece irreal e excessivamente dissonante, também não desconfirma o estereótipo.

Para que as pessoas que possuam comportamentos estigmatizadores tenham atitudes modificadas elas devem ser familiarizadas a portadores de transtornos mentais que, ao interagir com as pessoas a ser afetadas pelo contato possam transmitir a sua

¹ A palavra desconfirmar se aplica aqui como o ato de contestar.

experiência com o sofrimento psíquico, sua percepção do estigma e suas formas próprias de combatê-lo e desmistificá-lo, assim como o que espera de comportamento da sociedade perante a sua existência.

Outro elemento importante que deve estar presente na estratégia de contato é a interação entre as pessoas que participam da experiência de familiarização. Essa interação, segundo Corrigan et al. (2001), pode ocorrer durante um contato em nível educativo em sala de aula, no qual se estimula o questionamento por parte dos alunos sobre como viver com esse transtorno.

Esse tipo de contato, ao permitir trocas entre teoria e prática, traz benefícios para todas as partes integrantes da interação. Em relação ao portador de transtorno mental, desenvolve-se o sentimento de utilidade e capacidade em contribuir para a formação de alunos e profissionais, o que pode ser transformado em aumento da autoestima. Já para os alunos, “a oportunidade de ouvir sobre certos aspectos negativos que os usuários vivenciam, por vezes nos serviços, é uma experiência importante para que mudanças futuras sejam possíveis.” (EL-JAICK et al., 2016, p. 227).

A interação também se faz útil quando favorece a integração dos participantes na vida cotidiana dos portadores de transtornos mentais, em que o contato se dá de forma naturalística, com oportunidades reais para interagir com pessoas portadoras de transtorno mental e longe dos padrões de um encontro controlado dentro de uma instituição, que pode não demonstrar a realidade das relações. De acordo com López et al. (2008), essa forma de interação oferece uma visão de pessoas que exercem funções normais, como, por exemplo, de um trabalhador, e que com isso se possa recategorizar e ajudar a reposicionar crenças e emoções por meio da interação de diferentes contextos.

Um aspecto que colabora com essa interação é o fator status das pessoas envolvidas no encontro, ou seja, a condição de alguém em relação ao grupo de indivíduos com os quais se relaciona em determinado momento. De acordo com Couture e Penn (2003), esse contato funciona melhor quando ambas as pessoas são vistas como tendo o mesmo status em relação à circunstância particular em que ocorre a atividade de contato.

A estratégia de contato pode potencializar mais as intervenções antiestigma, quando associada a outras abordagens educacionais. Conforme OLIVEIRA;

CAROLINO; PAIVA (2012, p.35) a utilização em conjunto do contato com a educação teórica gera mais opiniões favoráveis relacionadas ao transtorno mental, quando se compara com abordagens isoladas.

Esses conhecimentos sobre as formas de melhor instituir o contato com portadores de transtornos mentais deve integrar o ensino de saúde mental na educação profissional em saúde, pois é a partir dele que poderá se construir, em conjunto com outras intervenções educativas, um ensino que permita avançar pelo difícil caminho da desestigmatização.

3 OS CAMINHOS DA PESQUISA

3.1 REVISÃO DA LITERATURA

Foi realizada uma revisão de publicações científicas que fossem afins com os objetivos do presente estudo, com o propósito de revisar métodos, teorias e estudos empíricos que colaboraram na construção do referencial teórico, da análise e discussão dos dados adquiridos na pesquisa que se segue.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio das bases de dados LILACS, SCOPUS, MEDLINE, PUBMED e SCIELO, sendo utilizado para a busca o termo “estigma” e outros que foram cruzados a ele, utilizando o operador booleano AND com a finalidade de restringir a pesquisa aos resumos que apresentavam ao mesmo tempo os termos “estigma” e “transtorno mental”, “doença mental”, “atitude”, “educação”, “formação profissional”. Foi utilizado o dicionário de palavras de cada base, o que proporcionou as palavras-chaves indexadas adequadas para as buscas.

A princípio, definiram-se como critérios de inclusão: Publicações em periódicos científicos em inglês, espanhol ou português; Publicações no período compreendido de 2000 a 2017; Apresentações na íntegra; Estudos empíricos com intervenção visando à redução do estigma relacionado ao transtorno mental; Estudos que têm como público-alvo jovens ou estudantes da área da saúde; Artigos de revisão de literatura que remetessem ao enfrentamento do estigma. Como critérios de exclusão: Teses, dissertações e capítulos de livros; Relato de pesquisa sem intervenção, relato de experiência. O acesso aos periódicos internacionais e nacionais foi obtido através do Portal de Periódicos Capes.

Inicialmente foram encontradas 1.289 publicações que foram exportadas para uma base de dados utilizando o software de gerenciamento de referências bibliográficas Endnote Web, acessado pelo portal de periódicos Capes. As publicações científicas que abrangiam o período pesquisado encontravam-se entre os anos de 2000 a 2016, obtendo um total de 515 artigos, sendo que destes 170 estavam duplicados e 20 faziam referência a teses, dissertações ou capítulos de livros. Após essas etapas de exclusões, restaram 150 artigos.

Como estratégia de coleta dos textos completos optou-se por utilizar os recursos do portal de periódicos da Capes. Como resultado dessa estratégia de busca encontraram-se 129 artigos com texto completo. Após a leitura de seus resumos, verificou-se que 104 artigos não se adequavam aos critérios de inclusão. A seguir, procedeu-se à leitura exploratória dos 25 artigos restantes com a finalidade de identificar os principais temas abordados na introdução, objetivo, instrumentos, população de estudo e principais resultados. Desses, seis artigos foram excluídos, pois apresentavam resultados de pesquisas também presentes em outras publicações, sendo que os escolhidos para permanecer neste estudo foram os artigos mais completos. Finalmente, foram delimitados os textos a ser usados num total de 19 publicações, dentre as quais 15 artigos em inglês, um artigo em espanhol e três artigos em português.

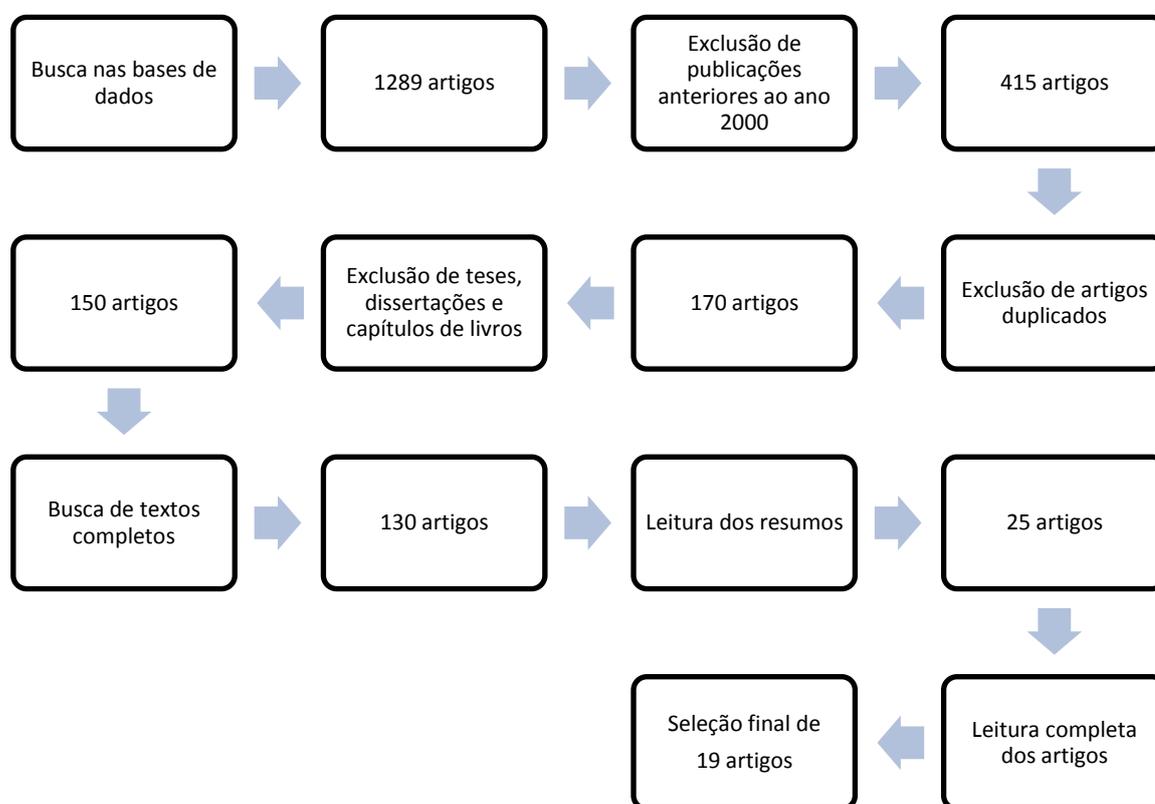


Figura 1 - Procedimentos realizados para seleção dos artigos científicos.

A partir desse momento, os artigos foram divididos em pesquisas teóricas (8) e empíricas (11), sendo organizadas as suas informações em quadros que continham informações sobre identificação do artigo, autor, tipo de intervenção usada, público-alvo e uma análise composta a partir das concepções veiculadas no artigo em relação às intervenções de enfrentamento do estigma. Os resultados foram compilados nos quadros 2 e 3.

Há, nesses estudos, a compreensão de que é necessário que o enfrentamento do estigma em estudantes da área da saúde se faça por meio de ações de educação desenvolvidas de forma que o combate ao estigma faça parte do programa educacional de disciplinas afins à saúde mental.

Há um consenso de que as estratégias educacionais são uma combinação de propostas que atuam de maneiras diferentes para a redução da estigmatização dos discentes, dentre elas a educação e o contato, que devem ser dirigidas a estudantes da área da saúde antes da convivência com as pessoas portadoras de transtornos mentais no campo de estágio.

Quadro 2 - Pesquisas empíricas que relatam intervenções de enfrentamento do estigma associado ao transtorno mental (11 artigos)

| Nº | Autores | Título | Periódico/ano | Descritores | Intervenção | Público-alvo | Breve análise |
|----|------------------------------------|--|--|--|-------------|--|---|
| 1 | Boyd et al. | The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. | Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology /2010 | Stigma, mental illness, survey, personal experience, contact. | Contato | Jovens | O contato é associado com menos estigma e atitude crítica em relação a um estranho com transtorno mental. Os resultados ressaltam a importância da experiência do contato como um recurso na luta contra o estigma na sociedade. |
| 2 | Angermeyer; Matschinger; Corrigan. | Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. | Schizophrenia Research/2004 | Mental illness, schizophrenia, major depression. | Contato | Estudantes da área da saúde. | Os entrevistados que foram familiarizados com portadores de transtorno mental eram menos propensos a acreditar que as pessoas com esquizofrenia ou depressão maior são perigosas ou mais fracas, demonstrado por menos medo dessas pessoas, o que por sua vez foi associado a menos distância social. |
| 3 | Cashwell; Smith. | Stigma and Mental Illness: Investigating Attitudes of Mental Health and Non-Mental-Health Professionals and Trainees. | The Journal of Humanistic Counseling/2011 | Mental health, mental health professionals, non-mental-health professionals, stigma. | Educação | Estudantes, profissionais de saúde e não profissionais de saúde. | Este estudo indica que a intervenção-educação durante a formação profissional parece ajudar a diminuir a estigmatização e que esse momento formativo é importante para a redução de estigmas, já que depois que os formandos entram no campo da saúde mental, a educação voltada para o estigma, não faz parte da prática e esses conhecimentos podem não ser explorados. |

| Nº | Autores | Título | Periódico/ano | Descritores | Intervenção | Público-alvo | Breve análise |
|----|----------------------------|---|---|---|--|--|--|
| 4 | Gil; Santos; Loureiro. | Estigma em estudantes de enfermagem: antes e depois do contato com pessoas com transtornos mentais. | Revista de Enfermagem UERJ/2016 | Crenças, atitude, estudantes de enfermagem, transtornos mentais. | Educação | Graduandos em enfermagem. | Este estudo avalia as crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem sobre os portadores de transtornos mentais e o efeito do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria nessas crenças e atitudes. A comparação dos resultados nas crenças e atitudes, antes e após o ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, revela um efeito estatisticamente significativo. |
| 5 | Gyllensten et al. | Attitudes in Healthcare Students Towards Mental Illness a pre and post Multicenter University Program Survey. | Journal of Allied Health Sciences and Practice/2011 | Healthcare students, mental illness, stigmatizing attitudes, fear, education. | Educação | Estudantes da área da saúde (nível superior) | O estudo investigou os efeitos das intervenções educacionais naturalistas sobre as atitudes em relação ao transtorno mental. Algumas características educacionais como participação do paciente, o cumprimento do programa, seminários de casos e palestras influenciaram as atitudes em relação ao transtorno mental de forma positiva. |
| 6 | Oliveira; Carolino; Paiva. | Programa Saúde Mental sem Estigma: Efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. | Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental/2012 | Estigma, saúde mental, conhecimento, adolescentes. | Campanha educativa; educação + campanha educativa + contato. | Estudantes secundaristas. | O artigo relata as opiniões de estudantes do ensino secundário. Acerca dos transtornos mentais antes e após um programa de sensibilização do estigma. Os resultados demonstram e corroboram a eficácia da combinação de estratégias de educação e contato. |

| Nº | Autores | Título | Periódico/ano | Descritores | Intervenção | Público-alvo | Breve análise |
|----|------------------|--|--|--|-------------|--|--|
| 7 | Markstrom et al. | Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities. | Nurse Education Today/2009 | Mental illness, stigma, clinical placement, health education, professional education. | Educação | Estudantes da área da saúde (nível superior) | O objetivo do estudo foi examinar as mudanças nas atitudes em relação ao transtorno mental após a educação teórica entre estudantes de programas universitários da área da saúde. Os dados foram coletados em duas ocasiões, antes do curso teórico e após. O resultado mostrou que as atitudes em relação ao transtorno mental em geral mudaram em uma direção menos estigmatizante após a educação teórica. Por outro lado, as atitudes em relação aos transtornos mentais específicos não mostraram mudanças importantes. |
| 8 | Mino et al. | Effects of a one-hour educational program on medical students attitudes to mental illness. | Psychiatry and Clinical Neurosciences/2001 | Attitudes towards mental illness, education, mental health, program, psychiatric services, stigma. | Educação | Estudantes de medicina | Um programa educacional de 1 h foi desenvolvido para mudar as atitudes em relação aos transtornos mentais para estudantes de medicina de primeiro ano, a fim de investigar os seus efeitos sobre as suas atitudes em relação aos transtornos mentais, utilizando um estudo pré e pós-questionário. Mudanças de atitude favoráveis foram observadas sugerindo que as atitudes em relação ao transtorno mental podem ser alteradas favoravelmente por esse programa. |

| Nº | Autores | Título | Periódico/ano | Descritores | Intervenção | Público-alvo | Breve análise |
|----|----------------|---|--------------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---|
| 9 | Pedrão et al. | Atitudes frente a doença mental: estudo comparativo entre ingressantes e formandos em enfermagem. | Revista Medicina Ribeirão Preto/2003 | Atitudes, estudantes de enfermagem, educação em enfermagem, enfermagem psiquiátrica. | Educação | Graduandos em enfermagem | Estudo desenvolvido com alunos ingressantes no curso de enfermagem objetivando traçar os perfis das atitudes perante os transtornos mentais. A pesquisa foi realizada antes da instrução acadêmica e momentos antes de receberem o grau de enfermeiros. Os resultados mostraram que os formandos apresentaram-se menos autoritários, benevolentes, restritivos e discriminadores, acreditando mais na semelhança do portador de transtorno mental com uma pessoa normal. |
| 10 | Schulze et al. | Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. | Acta Psychiatrica Scandinava/2003 | Schizophrenia, stigmatization, attitudes, health education, adolescents, schools, secondary. | Contato e educação | Estudantes secundaristas | Atitudes de estudantes foram avaliadas antes e depois de um projeto anti estigma (contato +educação). Apesar dos efeitos teto esperados, o projeto levou a uma significativa redução de estereótipos negativos. Os resultados confirmam a hipótese de que os jovens são suscetíveis a mudar o estigma da esquizofrenia e projetos no nível da escola poderiam ser uma abordagem promissora para melhorar as atitudes públicas e os estereótipos sobre os transtornos mentais. |

| Nº | Autores | Título | Periódico/ano | Descritores | Intervenção | Público-alvo | Breve análise |
|----|---------------|---|--|---|-------------|--------------------------|--|
| 11 | Reinke et al. | Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. | Journal of Social and Clinical Psychology/2004 | Stigma, Mental illness, Personal experience, Contact. | Contato | Estudantes secundaristas | Este estudo mostra que o contato com pessoas com transtorno mental tem efeitos significativos na mudança da estigmatização. Dois fatores que afetam o contato são examinados neste estudo: o meio através do qual o contato é experimentado, e o nível de desconfirmação do estereótipo. |

Quadro 3 - Pesquisas teóricas que descrevem formas de enfrentamento do estigma associado ao transtorno mental (8 artigos)

| Nº | Autores | Título | Periódico/ano | Descritores | Abordagem para o enfrentamento do estigma | Breve análise |
|----|-----------------|---|---------------------------|---|---|--|
| 1 | Barney et al | Exploring the nature of stigmatizing beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. | BMC Public Health/2009 | Mental illness, stigma, major depression. | Educação. | Informa o desenho de intervenções para reduzir o estigma sobre a depressão. Os resultados indicam que para reduzir o estigma, pelo ponto de vista das pessoas com depressão, as intervenções devem visar às atribuições de culpa; a etiqueta de transtorno mental e o medo que acomete profissionais de saúde. |
| 2 | Corrigan; Gelb. | Three Programs That Use Mass Approaches to Challenge the Stigma of Mental Illness | Psychiatric Services/2006 | Stigma, intervention. | Educação, protesto e contato. | A pesquisa sugere que o estigma pode ser reduzido por três abordagens: protesto, educação e contato. O artigo ilustra aspectos interessantes de como o estigma pode ser alterado principalmente pelo marketing social (educação). |

| Nº | Autores | Título | Periódico/ano | Descritores | Abordagem para o enfrentamento do estigma | Breve análise |
|----|----------------------------|---|--|--|---|---|
| 3 | Arboleda-Flórez; Stuart H. | From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses. | Canadian Journal Psychiatry/2012 | Stigma, discrimination, stigmatization, stigma reduction | Educação, protesto, contato, a reforma legislativa, gestão. | Fornece uma visão geral e atual do discurso sobre o estigma, as origens e a natureza do estigma associado com os transtornos mentais, estigmatização pelos profissionais de saúde, e abordagens para a redução do estigma. As pessoas que têm um transtorno mental identificaram os profissionais de saúde e de saúde mental como principais contribuintes para o processo de estigmatização e alvos dignos de intervenções anti estigma. |
| 4 | Couture; Penn. | Interpersonal contact and the stigma of mental illness : a review of the literature | Journal of Mental Health/2003 | Stigma, chronic mental illness, attitude change, community attitudes . | Contato. | O artigo é uma revisão de literatura sobre o contato e a redução do estigma. Estudos foram agrupados em relatórios sobre contatos retrospectivos e prospectivos. A pesquisa mostra que tanto a retrospectivo quanto o prospectivo tendem a reduzir visões estigmatizantes de pessoas com um transtorno mental. |
| 5 | López et al. | La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible | Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria. /2008 | Estigma, discriminación, atención comunitaria en salud mental. | Educação e informação, contato e interação social, protesto e mobilização social. | O artigo revisa ações que orientam o combate ao estigma associado ao transtorno mental. |

| Nº | Autores | Título | Periódico/ano | Descritores | Abordagem para o enfrentamento do estigma | Breve análise |
|----|--------------------------|--|--|--|---|--|
| 6 | Stuart; Arboleda-Flórez. | A Public Health Perspective on the Stigmatization of Mental Illnesses. | Public Health Reviews/ 2012 | Stigma, stigmatization, mental illness stigma, mental health stigma. | Educação. | O estudo propõe recomendações para uma programação antiestigma baseada em evidências, no conhecimento sobre os transtornos mentais, suas causas e seus tratamentos. |
| 7 | Thornicroft et al. | Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. | International Journal of Mental Health Systems/ 2008 | Stigma, mental health stigma, knowledge, attitudes, behaviour. | Educação e contato | A partir de uma revisão da literatura, uma série de intervenções são identificadas como eficazes na redução da exclusão e discriminação. As evidências mais fortes para intervenções são o contato social direto com pessoas com transtornos mentais e marketing social no nível da população. |
| 8 | Thornicroft et al. | Stigma: ignorance, prejudice or discrimination ? | British Journal of Psychiatry/2007 | Stigma, mental health stigma, knowledge. | Educação | O artigo identifica que o conhecimento acerca dos transtornos mentais é deficitário pela população em geral, por isso deve ser foco de intervenções anti estigma. |

3.2 LOCAL E SUJEITOS DA PESQUISA

O cenário em que se conduziu o presente estudo foi a Unidade Descentralizada do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET/Uned-NI) situada no município de Nova Iguaçu (RJ), que oferece o Curso Médio Técnico de Enfermagem.

O curso em questão, com duração de três anos, é voltado para a formação generalista de profissionais de nível médio para atuarem no campo da enfermagem, tendo seu currículo composto por disciplinas do ensino médio, técnico e do estágio supervisionado obrigatório em instituições de saúde.

A pesquisa aconteceu no decorrer da disciplina de saúde mental na qual exerço a função de docente. É ofertada a alunos matriculados no primeiro ano do curso médio técnico de enfermagem, apresentando carga horária de 108 horas contemplada em 40 aulas.

Participaram inicialmente do estudo 45 alunos, inscritos efetivamente na disciplina saúde mental, sendo que desses foram excluídos os que não participavam pela primeira vez, correspondendo a um grupo inicial e final de 38 alunos. Não houve grupo controle nesse estudo, o que foi justificado pela disciplina ter um caráter obrigatório, e pela inexistência de outras turmas, na mesma área de conhecimento, na instituição de ensino em que ocorreu a pesquisa.

3.3 DESENHO DA PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa do tipo intervenção a fim de avaliar as mudanças de atitudes e opiniões de alunos do primeiro ano do curso médio técnico de enfermagem após estratégias de diminuição do estigma na disciplina de saúde mental.

Considerou-se para esse estudo o conceito de intervenção de Damiani et al. (2013, p.58), que a denomina como

Interferências (mudanças, inovações), propositadamente realizadas, por professores/pesquisadores, em suas práticas pedagógicas. Tais interferências são planejadas e implementadas com base em um determinado referencial teórico e objetivam promover avanços, melhorias, nessas práticas, além de pôr à prova tal referencial, contribuindo para o avanço do conhecimento sobre os processos de ensino/aprendizagem neles envolvidos. Para que a produção de conhecimento ocorra, no entanto, é necessário que se efetivem avaliações dessas interferências.

Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa foi composta pela intervenção na disciplina de saúde mental, constituída pelo planejamento e implementação de uma prática de ensino, voltada para o enfrentamento do estigma associado aos portadores de transtornos mentais. Também integrou a pesquisa a avaliação do resultado da intervenção instituída, por meio do uso de uma Escala de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental (ODM) ²; observações das reações dos alunos às estratégias de ensino um questionário avaliativo sobre as práticas de ensino aplicadas aos alunos.

A disciplina de saúde mental, disposta no apêndice 1, foi construída a partir de uma concepção antiestigmatizante, visando a promover uma mudança nas atitudes estigmatizantes dos alunos em relação ao portador de transtorno mental. Para tanto, a disciplina foi concebida na perspectiva do conhecimento combinado com uma reflexão crítica e problematizadora, em torno dos transtornos mentais, inclusive sobre a complexidade da existência humana. Com isso, tentou-se romper o modelo pedagógico hegemônico no qual é valorizado o ensino de caráter biológico, centrado nos conteúdos organizados de maneira compartimentada, isolada, a-histórica, fragmentando os indivíduos em partes que deveriam ser indissociáveis.

Assim, a proposta da disciplina de saúde mental esteve em consonância com Bezerra Junior (2007), quando diz que se deve provocar no aluno capacidade crítica e competência técnica para se envolver numa prática de cuidado que se constitua num exercício de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e a comunidade. Isso permite uma possível construção de uma nova atitude em relação ao estigma e seus problemas associados.

Em relação ao método avaliativo da intervenção, realizada na disciplina de saúde mental, foi aplicada a Escala de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental (ODM), que foi desenvolvida por Cohen e Struening em 1962 e traduzida e validada no Brasil por Rodrigues (1983). A execução dessa avaliação por meio da Escala ODM se deu em dois momentos, no primeiro dia de aula da disciplina de saúde mental (fevereiro/2017) e após três meses do encerramento das atividades da mesma disciplina (outubro/2017). Com isso, puderam-se inferir mudanças ocorridas nos discentes ao acessar a disciplina, com interferência diminuída de possíveis conhecimentos prévios à pesquisa.

² A escala é de uso livre, segundo informações obtidas junto à biblioteca central USP/Ribeirão Preto, depositária da tese de doutorado na qual foi validado o instrumento no Brasil.

A preferência pela Escala ODM se deu após o estudo de outras escalas validadas no Brasil como o instrumento chamado Atitudes da Comunidade em Relação aos Doentes Mentais (CAMI-BR/1981), e a Escala Nursing Students' Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers/2005. A escolha pela Escala ODM foi favorecida pelas associações entre os estigmas, existentes e estudados na literatura para esse estudo, e as atitudes apresentadas por essa ferramenta de medida, como também pelo seu amplo uso como instrumento de medição do estigma, referido em artigos científicos que se apropriam dessa temática, sendo ela aplicada a profissionais ou estudantes da saúde (GIL, 2010; PEDRÃO et al., 2003; TAVARES, 2003) ou ao público em geral (DELEVATI, 2008; OLIVEIRA, CAROLINO; PAIVA, 2012).

A decisão de usar essa escala, em detrimento de outras existentes com o mesmo propósito e validadas em nosso meio, deu-se pela necessidade de usar uma escala que se adequasse aos sujeitos da pesquisa, que possuem como característica o fato de todos serem adolescentes e leigos de informações referentes à área da saúde e da saúde mental, já que se encontravam no início da formação técnica profissional em saúde. Como a escala de medidas ODM pode ser respondida sem a necessidade prévia de conhecimentos atuais ou profissionais da saúde mental, essa se adequou a população estudada.

A Escala ODM (Ver anexo 1) é composta de 51 afirmações do tipo LIKERT autoaplicáveis, com seis opções de respostas, variando segundo uma sequência progressiva de seis pontos de concordância, desde “concordo totalmente” até “discordo totalmente”. Essas afirmações foram agrupadas em sete dimensões, denominados por Rodrigues (1983), da seguinte forma:

* Autoritarismo (questões 21, 26, 31, 32, 34, 36, 40, 45 e 49): reflete a perspectiva de que o portador de transtorno mental necessita ser isolado de outros pacientes, permanecendo sob portas trancadas e vigilância. Contém o conceito da irrecuperabilidade pessoal e social do indivíduo e a ideia de sua periculosidade.

* Benevolência (questões 12, 18, 22, 23 e 38): traduz a visão de que portador de transtorno mental, devido à sua infelicidade, deve ser amparado por meio de protecionismo bondoso e paternalista, com base em cuidados, atenção pessoal e conforto material.

* Ideologia da higiene mental (questões 2, 3, 8, 13, 27, 28, 33, 41, 44, 47 e 50): representa a ideia de que o portador de transtorno mental é uma pessoa semelhante às pessoas normais,

com diferenças quantitativas, porém, não qualitativas. Podem desempenhar atividades especializadas e até cuidar de crianças.

* Restrição social (questões 4, 14, 19, 24, 37, 39 e 51): traduz o transtorno mental como uma espécie de defeito hereditário, completamente diferente de outras doenças, cujo portador pode contaminar a família e a sociedade, devendo, portanto, ser protegida por meio de restrição dos direitos pessoais e sociais do paciente, mesmo após a hospitalização.

* Etiologia interpessoal (questões 5, 10, 20, 25, 30 e 35): explica transtorno mental como originário de vivências interpessoais, com ênfase para a interação com figuras parentais.

* Etiologia de esforço mental (questões 1, 7, 9, 15, 16, 43, 46 e 48): reflete a ideia de que o transtorno mental se origina de “excessivo esforço cerebral” pelo trabalho intelectual exagerado, por pensar demais ou por ter pensamentos negativos.

* Visão minoritária (questões 6, 11, 17, 29 e 42): traduz o conceito de que portador de transtorno mental, por ser muito diferente das pessoas consideradas normais, pode ser facilmente reconhecido em um agrupamento humano, principalmente pela sua aparência externa.

Segundo Rodrigues (1983) resultados baixos em cada dimensão correspondem a níveis superiores de atitudes estigmatizantes, à exceção do fator Ideologia de Higiene Mental, no qual os níveis elevados de atitudes negativas resultam de escores elevados.

A leitura ou preenchimento da Escala ODM permite identificar o uso de termos não usuais pela literatura atual da saúde mental, como “doente mental” e “doença mental”, o que é explicado pela sua tradução e validação terem ocorrido na década de 1980. As terminologias não foram alteradas por fazerem parte da estrutura da escala validada por Rodrigues (1983); no entanto, tanto a pesquisa quanto a disciplina de saúde mental usaram e apresentaram aos alunos as terminologias mais convencionais atualmente, como “transtorno mental” (OMS, 2005) ou “sujeitos em sofrimento psíquico ou mental” (AMARANTE, 2007).

Em relação aos dados sociodemográficos, os alunos responderam a um questionário com perguntas referentes a sexo, idade, contato prévio com alguém diagnosticado com transtorno mental e município de residência (Ver apêndice 2).

A pesquisa também abrangeu um componente qualitativo que usou como estratégia a observação que, segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 173), “é uma técnica de coleta de dados

para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar.”.

O objeto da observação foi voltado, principalmente, para as atitudes e reações dos alunos diante das estratégias de ensino de cunho antiestigmatizante usadas no decorrer da disciplina de saúde mental. As observações mais significativas foram registradas ao fim de cada aula, num diário de campo, onde foram feitas anotações sobre as atividades desenvolvidas e sobre as reações dos alunos as mesmas.

As observações registradas serviram de base para discussão de como os componentes da intervenção antiestigmatizante contribuíram para a modificação do estigma presente nos alunos e por consequência como o processo de ensino pode sofrer adequações para tal fim.

Outro componente avaliativo da pesquisa foi a aplicação de um questionário que considerou o parecer dos alunos em relação às estratégias de ensino, descritas no apêndice 3, usadas para alcançar as mudanças de atitudes estigmatizantes.

O questionário compreendeu quatro questões abertas e autorrespondidas referentes à prática de ensino da disciplina de saúde mental. As respostas proporcionaram informações, que partem do ponto de vista dos alunos, sobre a metodologia do ensino de saúde mental, contribuindo para revelar métodos de ensino mais ou menos eficientes para a modificação das atitudes estigmatizantes.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E COLETA DE DADOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sob o parecer nº 1.884.837 (Ver anexo 2), após autorização do Centro de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca por meio de carta de anuência (Ver apêndice 4).

Todos os participantes consentiram sobre a sua participação na pesquisa, assinando o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Ver apêndice 6) e os seus responsáveis legais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ver apêndice 5), que informavam o tipo de pesquisa, seus objetivos e esclareciam que a participação era voluntária, não prevendo

qualquer ressarcimento aos voluntários, além de garantir que tanto a sua participação quanto a não concordância em participar do projeto não lhes acarretariam prejuízo de qualquer natureza. Nos termos também se estabeleceu um compromisso com a privacidade de cada participante e a utilização confidencial e sigilosa dos dados colhidos.

No início do ano letivo de 2017, os alunos matriculados no primeiro ano do curso técnico de enfermagem foram convidados verbalmente, em sala de aula, para participar da pesquisa de forma voluntária e anônima. Nessa ocasião foram informados os objetivos do estudo e a importância da participação dos alunos, assim como, as estratégias da pesquisa e a necessidade da autorização (própria e/ou do responsável, nos casos de menores de idade) por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Ver apêndice 5) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Ver apêndice 6).

Os instrumentos de coletas de dados, compreendidos aqui pela Escala ODM e questionário referente aos dados sociodemográficos são autoaplicáveis e foram preenchidos em sala de aula, após as devidas orientações a cerca desse preenchimento ou respostas. O docente (pesquisador) esteve à disposição em sala de aula para elucidar dúvidas dos alunos que surgiram. Os instrumentos de coleta de dados se mostraram de fácil aplicação, sendo auto respondidos em torno de 25 minutos.

Após três meses do encerramento da disciplina de saúde mental, os mesmos alunos foram convidados verbalmente a comparecer em dia predeterminado para dar continuidade à pesquisa. Na data estabelecida os alunos, após as devidas orientações em sala de aula, preencheram os instrumentos de coleta de dados, compreendidos aqui em Escala ODM e questionário sobre a opinião dos alunos a acerca das estratégias de ensino, em torno de 35 minutos, encerrando a fase de coleta de dados com os sujeitos da pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Em relação aos dados obtidos pela Escala de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental (ODM) inicialmente foi criado um banco de dados específico no Excel e todas as informações originárias da Escala ODM e as informações sociodemográficas foram ali inseridas.

Os questionários utilizados foram analisados, com o auxílio do software Statistical Package for Social Sciences 21 (SPSS), a fim de verificar se houve diferenças estatísticas significativas longitudinais, entre os escores dos momentos pré-intervenção e pós-intervenção. Adotou-se um intervalo de confiança de 95 % ($p < 0,05$).

Inicialmente foram realizadas análises estatísticas descritivas, como frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas, e médias, desvio-padrão e coeficiente de variação para as variáveis quantitativas.

Para verificar a existência de diferenças significativamente estatísticas entre os escores dos momentos pré-intervenção e pós-intervenção da escala ODM foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon, sendo a escolha baseada na presença de dados sem distribuição normal.

De forma a identificar se o contato prévio dos alunos com portadores de transtornos mentais influenciava as suas atitudes, foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney que se propôs a identificar a existência de diferença entre os alunos com e sem contato, sendo a escolha baseada pelo quantitativo de os dois grupos serem diferentes.

As informações registradas no caderno de campo, originadas da observação, foram tratadas por meio da síntese dos dados coletados e apresentadas de forma a respeitar a ordem cronológica dos fatos observados. Dessa forma, facilitou-se a percepção das mudanças atitudinais dos alunos no decorrer da disciplina de saúde mental e a análise em conjunto com os outros instrumentos avaliativos.

Em relação ao questionário que objetivou levantar as opiniões dos alunos sobre as estratégias de ensino aplicadas durante a disciplina de saúde mental, a análise foi realizada partindo da leitura de cada resposta, em que foi possível processar a compilação desses dados brutos em categorias de respostas e, podem ser identificadas as suas frequências absolutas e relativas.

4 CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ASPECTOS RELACIONADOS AO CONTATO PRÉVIO COM PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Dos 45 alunos elegíveis inicialmente para o estudo, sete foram excluídos, por não participarem pela primeira vez da disciplina. Dos 38 estudantes que iniciaram a pesquisa, todos preencheram os instrumentos de coleta de dados antes e após o término da disciplina e tiveram mais de 75% de frequência nas aulas. Todos os instrumentos de coleta de dados foram aproveitados sem nenhuma perda por preenchimento incorreto.

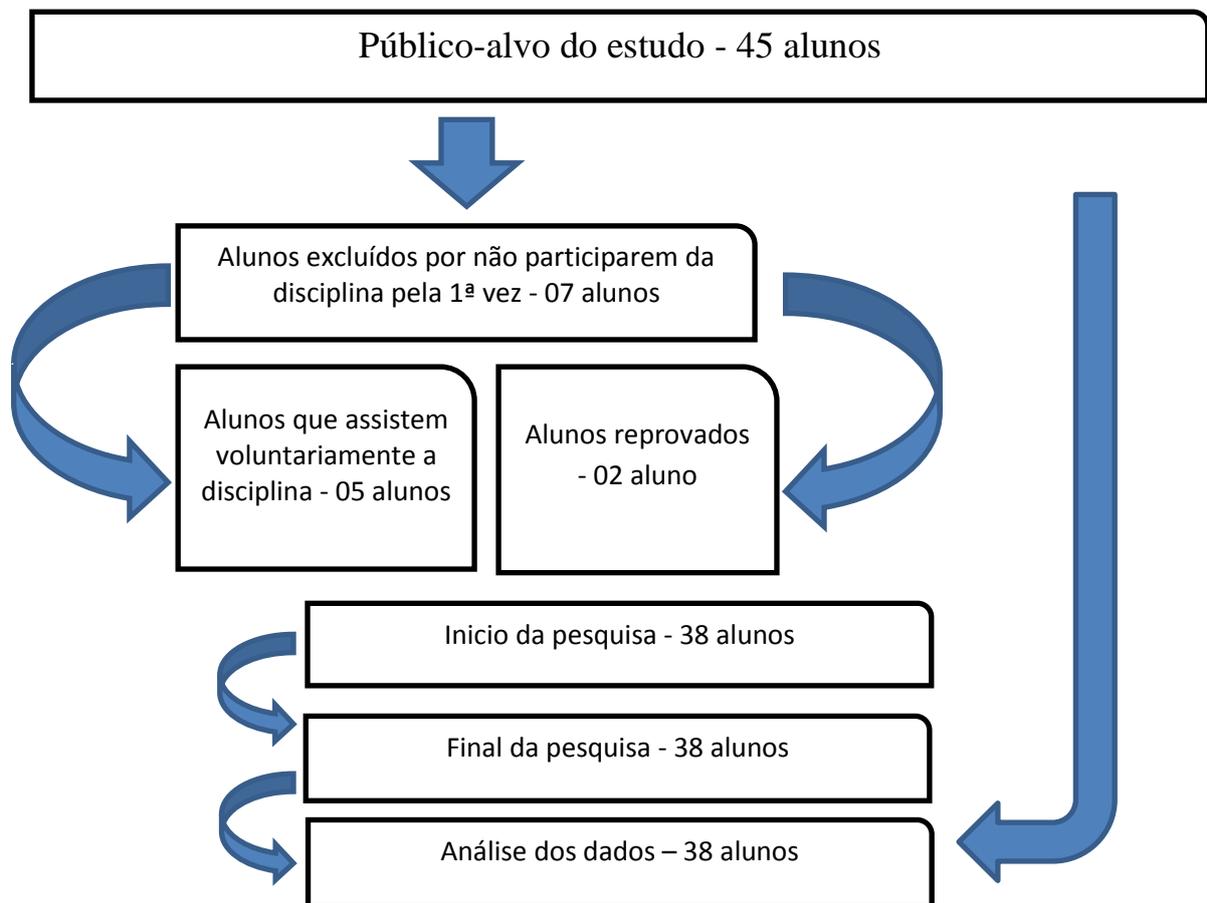


Figura 2 - Diagrama do fluxo de participação dos sujeitos da pesquisa.

Houve predomínio de alunos do sexo feminino (84,2%) e de moradores da Baixada Fluminense (65,8%). Em relação idade a média esta foi de 14,94 e com um coeficiente de variação de 5,15, o que mostrou ser uma população homogênea em relação a essa variável.

Quadro 4 - Caracterização dos estudantes quanto ao sexo e origem residencial (n=38)

| Variável | N | % | N | % |
|---------------------------|---------------------------|------|---------------------------|------|
| Sexo | Feminino | | Masculino | |
| | 32 | 84,2 | 06 | 15,8 |
| Origem residencial | Baixada Fluminense | | Capital Fluminense | |
| | 25 | 65,8 | 13 | 34,2 |

Quadro 5 - Descrição da amostra referente a variável idade dos estudantes (n = 38)

| Variável | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão | Coeficiente de variação |
|--------------|----|--------|--------|--------|---------------|-------------------------|
| Idade | 38 | 13,0 | 17,0 | 14,947 | ,7693 | 5,15% |

4.2 ATITUDES ESTIGMATIZANTES E OPINIÕES DOS ALUNOS FRENTE AOS TRANSTORNOS MENTAIS, ANTES E APÓS O ENSINO DE SAÚDE MENTAL, INFERIDAS PELA ESCALA ODM

De forma a mostrar a diferença entre as atitudes estigmatizantes e as opiniões acerca dos transtornos mentais dos alunos técnicos em enfermagem, antes e após cursarem a disciplina de saúde mental, foi realizado primeiramente o cálculo das medidas-resumo adequadas às diferentes dimensões avaliadas pela Escala ODM, antes e após a disciplina de saúde mental, entre elas média e desvio-padrão. Foi ainda calculado o coeficiente de variação para os escores de cada uma das dimensões, considerando coeficientes < 20% indicadores de homogeneidade na posição dos alunos em relação às dimensões analisadas, de acordo com Field (2013).

Como se pode verificar pela análise da tabela 1, os valores superiores a 20% dos coeficientes de variação sugerem uma posição mais heterogênea dos alunos em relação à dimensão ideologia da higiene mental, anterior ao ensino de saúde mental. Contudo, foi observado que, após o encerramento da disciplina, houve diminuição no valor desse coeficiente, demonstrando maior homogeneidade nas respostas.

Tabela 1 – Apresentação dos dados estatísticos referentes aos resultados da Escala ODM aplicada antes e após o ensino de saúde Mental aos alunos técnicos em enfermagem.

| Dimensões | Estatística Descritiva | | | | | | Variação das médias | Teste de Wilcoxon p-valor |
|-----------------------------|------------------------|---------------|--------------------------|-------|---------------|--------------------------|---------------------|------------------------------|
| | Antes | | | Após | | | | |
| | Média | Desvio Padrão | Coefficiente de Variação | Média | Desvio Padrão | Coefficiente de Variação | | |
| Etiologia de esforço mental | 3,5 | 0,5570 | 16,1% | 4,87 | 0,4022 | 11,6% | 40,9% | 0,00000 |
| Ideologia da Higiene mental | 3,2 | 0,5694 | 22,6% | 1,90 | 0,4417 | 17,6% | -37,6% | 0,00000 |
| Restrição Social | 4,1 | 0,5965 | 15,1% | 5,19 | 0,3566 | 9,0% | 32,0% | 0,00000 |
| Visão minoritária | 2,8 | 0,4274 | 7,7% | 4,72 | 0,5313 | 9,6% | 55,7% | 0,00000 |
| Etiologia interpessoal | 3,7 | 0,6291 | 13,6% | 5,06 | 0,5260 | 11,4% | 38,3% | 0,00000 |
| Benevolência | 1,7 | 0,4360 | 7,9% | 2,10 | 0,4736 | 8,6% | 12,8% | 0,00000 |
| Autoritarismo | 4,0 | 0,4424 | 14,4% | 5,36 | 0,3515 | 11,4% | 38,1% | 0,00000 |

De modo a verificar, por meio da Escala ODM, se houve diferença significativa das atitudes estigmatizantes dos alunos, após o término da disciplina de saúde mental, aplicou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon, em que foi considerada, de acordo com Field (2013), significância estatística quando o resultado fosse menor que 5%, ou seja, $p\text{-valor} < 0,05$.

Da observação dos resultados do teste de Wilcoxon, que são apresentados na tabela 1, verificou-se que o valor de $p < 0,05$ em todas as dimensões indicou que ocorreu diferença estatisticamente significativa das medidas das atitudes estigmatizantes dos alunos após cursarem a disciplina de saúde mental, sendo um indicativo que a educação influenciou essa modificação atitudinal.

Além de indicar a influência do ensino na redução das atitudes estigmatizantes dos alunos, a estatística descritiva apresentada na tabela 1 também auxiliou a revelar quais foram as dimensões da Escala ODM em que houve as maiores mudanças de escores. A leitura das variações das médias indica que “visão minoritária” foi a dimensão em que ocorreu maior aumento nas pontuações (55,7%), seguida de “etiologia do esforço mental” (40,9%), “ideologia da higiene mental” (-37,6%), “etiologia interpessoal” (38,3%), “autoritarismo” (38,1%), “restrição social” (32%) e com o menor acréscimo em pontuação a “benevolência” (12,8%).

Para demonstrar a relação entre atitudes estigmatizantes dos alunos com o contato prévio deles com portadores de transtornos mentais, analisaram-se comparativamente os resultados dos estudantes que registraram que mantinham esse tipo de contato com os alunos sem contato.

As tabelas 2 e 3 mostram os resultados do teste de significância de Mann-Whitney, em que p -valor $> 0,05$ evidencia que não houve diferença significativa nos resultados, antes e após o ensino de saúde mental, entre o grupo de alunos que tinham contato prévio e os que não tiveram. Ou seja, neste estudo as mudanças de atitudes estigmatizantes encontradas ao fim da disciplina não estavam relacionadas à familiaridade com portadores de transtornos mentais.

Tabela 2 – Apresentação dos dados estatísticos referentes à relação entre atitudes estigmatizantes e contato prévio com portador de transtorno mental, obtidos na 1ª aplicação da Escala ODM

| Dimensões | Estatística Descritiva | | | | | | Teste de Mann-Whitney p-valor |
|-----------------------------|------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|--------------------------|----------------------------------|
| | Não tiveram contato | | | Tiveram contato | | | |
| | Média | Desvio Padrão | Coefficiente de Variação | Média | Desvio Padrão | Coefficiente de Variação | |
| Etiologia de esforço mental | 3,35 | 0,682 | 16,1% | 3,54 | 0,430 | 11,6% | 0,162 |
| Ideologia da Higiene mental | 3,29 | 0,497 | 22,6% | 3,13 | 0,624 | 17,6% | 0,346 |
| Restrição Social | 4,16 | 0,515 | 15,1% | 4,03 | 0,662 | 9,0% | 0,746 |
| Visão minoritária | 2,74 | 0,462 | 7,7% | 2,84 | 0,403 | 9,6% | 0,475 |
| Etiologia interpessoal | 3,60 | 0,724 | 13,6% | 3,84 | 0,534 | 11,4% | 0,352 |
| Benevolência | 1,66 | 0,473 | 7,9% | 1,66 | 0,415 | 8,6% | 0,941 |
| Autoritarismo | 3,90 | 0,535 | 14,4% | 4,15 | 0,319 | 11,4% | 0,098 |

Tabela 3– Apresentação dos dados estatísticos referentes à relação entre atitudes estigmatizantes e contato prévio com portador de transtorno mental, obtidos na 2ª aplicação da Escala ODM

| Dimensões | Estatística Descritiva | | | | | | Teste de Mann-Whitney p-valor |
|-----------------------------|------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|--------------------------|----------------------------------|
| | Não tiveram contato | | | Tiveram contato | | | |
| | Média | Desvio Padrão | Coefficiente de Variação | Média | Desvio Padrão | Coefficiente de Variação | |
| Etiologia de esforço mental | 4,75 | 0,523 | 16,1% | 4,97 | 0,240 | 11,6% | 0,124 |
| Ideologia da Higiene mental | 1,91 | 0,417 | 22,6% | 1,89 | 0,471 | 17,6% | 0,779 |
| Restrição Social | 5,08 | 0,432 | 15,1% | 5,28 | 0,261 | 9,0% | 0,134 |
| Visão minoritária | 4,59 | 0,676 | 7,7% | 4,83 | 0,359 | 9,6% | 0,411 |
| Etiologia interpessoal | 4,94 | 0,714 | 13,6% | 5,15 | 0,288 | 11,4% | 0,720 |
| Benevolência | 2,04 | 0,571 | 7,9% | 2,15 | 0,384 | 8,6% | 0,317 |
| Autoritarismo | 5,24 | 0,435 | 14,4% | 5,46 | 0,233 | 11,4% | 0,746 |

A dimensão “visão minoritária” obteve maior variação entre as médias (55,7%) e a tabela 4 mostra a distribuição das respostas em cada item da dimensão, sendo possível identificar que houve um deslocamento das respostas dos níveis de concordância para os de discordância, o que evidencia menos atitudes estigmatizantes após o ensino.

Tabela 4 – Apresentação dos resultados referentes à dimensão “visão minoritária”, obtidos da Escala ODM antes e depois do ensino de saúde mental

| Visão minoritária | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| VM_6 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 25 (65.8%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 5 (13.2%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10.5%) | 12 (31.6%) |
| Discordo | 4 (10.5%) | 23 (60.5%) |
| Discordo Totalmente | - | 1 (2.6%) |
| VM_11 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 2 (5.3%) | - |
| Concordo | 32 (84.2%) | 2 (5.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7.9%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 1 (2.6%) | 6 (15.8%) |
| Discordo | - | 24 (63.2%) |
| Discordo Totalmente | - | 5 (13.2%) |
| VM_17 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 2 (5.3%) | 1 (2.6%) |
| Concordo | 23 (60.5%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 9 (23.7%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 2 (5.3%) | 8 (21.1%) |
| Discordo | 2 (5.3%) | 25 (65.8%) |
| Discordo Totalmente | - | 3 (7.9%) |
| VM_29 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2.6%) | - |
| Concordo | 11 (28.9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 10 (26.3%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 7 (18.4%) | 14 (36.8%) |
| Discordo | 7 (18.4%) | 19 (50.0%) |
| Discordo Totalmente | 2 (5.3%) | 5 (13.2%) |
| VM_42 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2.6%) | - |
| Concordo | 7 (18.4%) | 2 (5.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 15 (39.5%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 7 (18.4%) | 3 (7.9%) |
| Discordo | 6 (15.8%) | 30 (78.9%) |
| Discordo Totalmente | 2 (5.3%) | 2 (5.3%) |

A dimensão “etiologia do esforço mental” apresentou uma variação de 40,9 % entre as médias obtidas antes e depois da disciplina de saúde mental. Os resultados referentes a cada item são apresentados na tabela 5, onde se observou que as questões apresentaram, após a educação, níveis baixos de concordância às atitudes e opiniões negativas acerca do transtorno mental e de seu portador. Diferentemente dos outros itens dessa dimensão, a questão 1 mostra que, após a educação, 84,2% das respostas encontravam-se em alguma categoria de concordância, revelando que nesse item da dimensão os alunos continuaram a apresentar posição estigmatizante.

Tabela 5 – Apresentação dos resultados referentes à dimensão “etiologia de esforço mental”, obtidos da Escala ODM antes e depois do ensino de saúde mental

| Etiologia de esforço mental | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| EE_1 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 5 (13.2%) | 3 (7.9%) |
| Concordo | 21 (55.3%) | 17 (44.7%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 9 (23.7%) | 12 (31.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 3 (7.9%) | 4 (10.5%) |
| Discordo | - | 2 (5.3%) |
| Discordo Totalmente | - | - |
| EE_7 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 3 (7.9%) | - |
| Concordo | 11 (28.9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 10 (26.3%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 6 (15.8%) | 4 (10.5%) |
| Discordo | 6 (15.8%) | 27 (71.1%) |
| Discordo Totalmente | 2 (5.3%) | 7 (18.4%) |
| EE_9 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 7 (18.4%) | - |
| Concordo | 12 (31.6%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 5 (13.2%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 5 (13.2%) | 12 (31.6%) |
| Discordo | 4 (10.5%) | 21 (55.3%) |
| Discordo Totalmente | 5 (13.2%) | 4 (10.5%) |
| EE_15 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 2 (5.3%) | - |
| Concordo | 10 (26.3%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 8 (21.1%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10.5%) | 3 (7.9%) |
| Discordo | 9 (23.7%) | 16 (42.1%) |
| Discordo Totalmente | 5 (13.2%) | 19 (50.0%) |
| EE_16 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 13 (34.2%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 11 (28.9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10.5%) | 5 (13.2%) |
| Discordo | 9 (23.7%) | 22 (57.9%) |
| Discordo Totalmente | 1 (2.6%) | 11 (28.9%) |
| EE_43 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 5 (13.2%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 15 (39.5%) | 2 (5.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 5 (13.2%) | 4 (10.5%) |
| Discordo | 10 (26.3%) | 26 (68.4%) |
| Discordo Totalmente | 3 (7.9%) | 6 (15.8%) |
| EE_46 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 3 (7.9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 1 (2.6%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10.5%) | 1 (2.6%) |
| Discordo | 10 (26.3%) | 7 (18.4%) |
| Discordo Totalmente | 20 (52.6%) | 30 (78.9%) |
| EE_48 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 9 (23.7%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 16 (42.1%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 5 (13.2%) | 6 (15.8%) |
| Discordo | 7 (18.4%) | 15 (39.5%) |
| Discordo Totalmente | 1 (2.6%) | 17 (44.7%) |

A “ideologia da higiene mental” apresenta pontuação dos escores diferente das outras dimensões, mantendo a conformidade com a Escala ODM original. Foi analisada considerando que, quanto maior a pontuação, mais negativa é a atitude. Por isso, a variação entre as médias obtidas antes e depois do contato com a educação apresentou-se -37,6%.

Vale destacar, ao observar a tabela 6, que questões como a 3 e a 8 apresentaram maiores deslocamentos entre os níveis de discordância para os de concordância, indicando que após a educação o grupo de alunos passou a ter atitudes menos estigmatizantes. Entretanto, a análise das questões 28, 33, 47 e 50 indica que os alunos ingressaram na disciplina de saúde mental com atitudes mais positivas nesses itens e posteriormente ao contato com a educação as aumentaram.

Tabela 6 - Apresentação dos resultados referentes a dimensão “ideologia da higiene mental”, obtidos da Escala ODM antes e depois do ensino de saúde mental

| Ideologia da Higiene mental | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| IH_2 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 2 (5.3%) | 10 (26.3%) |
| Concordo | 3 (7.9%) | 13 (34.2%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 2 (5.3%) | 2 (5.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10.5%) | 1 (2.6%) |
| Discordo | 18 (47.4%) | 9 (23.7%) |
| Discordo Totalmente | 9 (23.7%) | 3 (7.9%) |
| IH_3 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2.6%) | 17 (44.7%) |
| Concordo | 6 (15.8%) | 19 (50.0%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 4 (10.5%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 9 (23.7%) | - |
| Discordo | 16 (42.1%) | 1 (2.6%) |
| Discordo Totalmente | 2 (5.3%) | - |
| IH_8 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 2 (5.3%) | 13 (34.2%) |
| Concordo | 7 (18.4%) | 21 (55.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7.9%) | 2 (5.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 6 (15.8%) | - |
| Discordo | 19 (50.0%) | 2 (5.3%) |
| Discordo Totalmente | 1 (2.6%) | - |
| IH_13 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2.6%) | 12 (31.6%) |
| Concordo | 6 (15.8%) | 23 (60.5%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 16 (42.1%) | 3 (7.9%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 8 (21.1%) | - |
| Discordo | 7 (18.4%) | - |
| Discordo Totalmente | - | - |
| IH_27 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 5 (13.2%) | 17 (44.7%) |
| Concordo | 17 (44.7%) | 21 (55.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 9 (23.7%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 6 (15.8%) | - |
| Discordo | 1 (2.6%) | - |
| Discordo Totalmente | - | - |
| IH_28 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 4 (10.5%) | 17 (44.7%) |
| Concordo | 8 (21.1%) | 19 (50.0%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 15 (39.5%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 7 (18.4%) | - |
| Discordo | 4 (10.5%) | 1 (2.6%) |
| Discordo Totalmente | - | - |
| IH_33 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 8 (21.1%) | 20 (52.6%) |
| Concordo | 12 (31.6%) | 16 (42.1%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 13 (34.2%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10.5%) | 1 (2.6%) |
| Discordo | 1 (2.6%) | - |
| Discordo Totalmente | - | - |
| IH_41 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | 7 (18.4%) |
| Concordo | 7 (18.4%) | 16 (42.1%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 9 (23.7%) | 11 (28.9%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 14 (36.8%) | 1 (2.6%) |
| Discordo | 8 (21.1%) | 3 (7.9%) |
| Discordo Totalmente | - | - |
| IH_44 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2.6%) | 11 (28.9%) |
| Concordo | 10 (26.3%) | 21 (55.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 13 (34.2%) | 4 (10.5%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 7 (18.4%) | 1 (2.6%) |
| Discordo | 5 (13.2%) | - |
| Discordo Totalmente | 2 (5.3%) | 1 (2.6%) |
| IH_47 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 21 (55.3%) | 25 (65.8%) |
| Concordo | 12 (31.6%) | 13 (34.2%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7.9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 1 (2.6%) | - |
| Discordo | 1 (2.6%) | - |
| Discordo Totalmente | - | - |
| IH_50 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2.6%) | 5 (13.2%) |
| Concordo | 18 (47.4%) | 24 (63.2%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 9 (23.7%) | 5 (13.2%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 7 (18.4%) | 2 (5.3%) |
| Discordo | 3 (7.9%) | 2 (5.3%) |
| Discordo Totalmente | - | - |

Na dimensão “etiologia interpessoal” a variação entre as médias foi de 38,3% e, ao considerar os resultados apresentados na tabela 7, observou-se após o término da disciplina um padrão mais homogêneo das respostas.

Tabela 7 - Apresentação dos resultados referentes à dimensão “etiologia interpessoal”, obtidos da Escala ODM antes e depois do ensino de saúde mental

| Etiologia interpessoal | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| EI_5 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2.6%) | - |
| Concordo | 4 (10.5%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 8 (21.1%) | 2 (5.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 2 (5.3%) | 1 (2.6%) |
| Discordo | 13 (34.2%) | 25 (65.8%) |
| Discordo Totalmente | 10 (26.3%) | 10 (26.3%) |
| EI_10 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 16 (42.1%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 9 (23.7%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10.5%) | 9 (23.7%) |
| Discordo | 4 (10.5%) | 20 (52.6%) |
| Discordo Totalmente | 1 (2.6%) | 7 (18.4%) |
| EI_20 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 5 (13.2%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7.9%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10.5%) | 4 (10.5%) |
| Discordo | 19 (50.0%) | 23 (60.5%) |
| Discordo Totalmente | 7 (18.4%) | 10 (26.3%) |
| EI_25 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2.6%) | - |
| Concordo | 8 (21.1%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 12 (31.6%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10.5%) | 1 (2.6%) |
| Discordo | 10 (26.3%) | 24 (63.2%) |
| Discordo Totalmente | 3 (7.9%) | 12 (31.6%) |
| EI_30 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 16 (42.1%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 9 (23.7%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 3 (7.9%) | 12 (31.6%) |
| Discordo | 8 (21.1%) | 21 (55.3%) |
| Discordo Totalmente | 2 (5.3%) | 3 (7.9%) |
| EI_35 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 4 (10.5%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 14 (36.8%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 6 (15.8%) | 2 (5.3%) |
| Discordo | 10 (26.3%) | 15 (39.5%) |
| Discordo Totalmente | 4 (10.5%) | 20 (52.6%) |

O “autoritarismo” foi a dimensão que apresentou uma variação entre as médias das duas avaliações de 38,1%, sendo a dimensão da Escala ODM que apresentou maior média final (5,36). A observação da tabela 8 mostra que existiram itens como os 31, 32 e 40 em que as respostas já se apresentavam, antes do ensino, concentradas nos níveis de discordância, continuando assim após o ensino.

Contudo, a segunda avaliação mostrou que as atitudes tornaram-se mais positivas e homogêneas, visto o aumento na pontuação. Ao mesmo tempo, observou-se que as questões 21 e 45 foram as que apresentaram maior deslocamento das respostas de concordância para discordância entre as avaliações.

Tabela 8 - Apresentação dos resultados referentes à dimensão “autoritarismo”, obtidos da Escala ODM antes e depois do ensino de saúde mental

| Autoritarismo | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| A_21 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 2 (5.3%) | - |
| Concordo | 17 (44.7%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 10 (26.3%) | 2 (5.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 3 (7.9%) | 7 (18.4%) |
| Discordo | 5 (13.2%) | 19 (50.0%) |
| Discordo Totalmente | 1 (2.6%) | 10 (26.3%) |
| A_31 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | - | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 2 (5.3%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 5 (13.2%) | - |
| Discordo | 15 (39.5%) | 6 (15.8%) |
| Discordo Totalmente | 16 (42.1%) | 32 (84.2%) |
| A_32 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | - | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | - | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 2 (5.3%) | 1 (2.6%) |
| Discordo | 16 (42.1%) | 5 (13.2%) |
| Discordo Totalmente | 20 (52.6%) | 32 (84.2%) |
| A_26 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 13 (34.2%) | 2 (5.3%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 9 (23.7%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 8 (21.1%) | 7 (18.4%) |
| Discordo | 8 (21.1%) | 23 (60.5%) |
| Discordo Totalmente | - | 6 (15.8%) |
| A_34 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 8 (21.1%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 5 (13.2%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 2 (5.3%) | 1 (2.6%) |
| Discordo | 15 (39.5%) | 20 (52.6%) |
| Discordo Totalmente | 8 (21.1%) | 17 (44.7%) |
| A_36 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2.6%) | - |
| Concordo | 11 (28.9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7.9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 12 (31.6%) | 2 (5.3%) |
| Discordo | 9 (23.7%) | 19 (50.0%) |
| Discordo Totalmente | 2 (5.3%) | 17 (44.7%) |
| A_40 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | - | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | - | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 3 (7.9%) | - |
| Discordo | 14 (36.8%) | 5 (13.2%) |
| Discordo Totalmente | 21 (55.3%) | 33 (86.8%) |
| A_45 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 4 (10.5%) | - |
| Concordo | 30 (78.9%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7.9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | - | 14 (36.8%) |
| Discordo | 1 (2.6%) | 21 (55.3%) |
| Discordo Totalmente | - | 2 (5.3%) |
| A_49 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 2 (5.3%) | - |
| Concordo | 3 (7.9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 7 (18.4%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 8 (21.1%) | 2 (5.3%) |
| Discordo | 12 (31.6%) | 16 (42.1%) |
| Discordo Totalmente | 6 (15.8%) | 20 (52.6%) |

A “restrição social” foi uma das dimensões que menos apresentou variação entre as médias (32%), pois inicialmente apresentava a maior média entre as dimensões analisadas (4,1). Todavia, ao examinar a tabela 9 observou-se que a questão 39 não apresentava essa característica, ou seja, caracterizava-se inicialmente com poucas respostas discordantes, o que foi modificado na segunda avaliação.

Tabela 9 - Apresentação dos resultados referentes à dimensão “restrição social”, obtidos da Escala ODM antes e depois do ensino de saúde mental

| Restrição Social | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| RS_4 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 1 (2,6%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 2 (5,3%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 8 (21,1%) | 1 (2,6%) |
| Discordo | 13 (34,2%) | 11 (28,9%) |
| Discordo Totalmente | 14 (36,8%) | 26 (68,4%) |
| RS_14 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2,6%) | - |
| Concordo | 2 (5,3%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7,9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10,5%) | 3 (7,9%) |
| Discordo | 17 (44,7%) | 18 (47,4%) |
| Discordo Totalmente | 11 (28,9%) | 17 (44,7%) |
| RS_19 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 13 (34,2%) | 1 (2,6%) |
| Concordo | 16 (42,1%) | 7 (18,4%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7,9%) | 6 (15,8%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 3 (7,9%) | 6 (15,8%) |
| Discordo | 3 (7,9%) | 18 (47,4%) |
| Discordo Totalmente | - | - |
| RS_24 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 1 (2,6%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 2 (5,3%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 6 (15,8%) | 1 (2,6%) |
| Discordo | 15 (39,5%) | 8 (21,1%) |
| Discordo Totalmente | 14 (36,8%) | 29 (76,3%) |
| RS_37 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | 6 (15,8%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 7 (18,4%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 8 (21,1%) | 6 (15,8%) |
| Discordo | 12 (31,6%) | 21 (55,3%) |
| Discordo Totalmente | 5 (13,2%) | 11 (28,9%) |
| RS_39 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 1 (2,6%) | - |
| Concordo | 18 (47,4%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 15 (39,5%) | 1 (2,6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10,5%) | 8 (21,1%) |
| Discordo | - | 28 (73,7%) |
| Discordo Totalmente | - | 1 (2,6%) |
| RS_51 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | - | - |
| Concordo | - | - |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7,9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 8 (21,1%) | 1 (2,6%) |
| Discordo | 11 (28,9%) | 5 (13,2%) |
| Discordo Totalmente | 16 (42,1%) | 32 (84,2%) |

A dimensão “benevolência” foi a que apresentou menor variação entre as médias (12,8%), pois apresentava menor média inicial (1,7) e final (2,1). As médias indicam que as respostas começaram e permaneceram mais concentradas no nível da concordância, o que indica atitudes mais próximas do estigma, apesar da diferença estatisticamente significante após o ensino de saúde mental, revelado pelo teste de Wilcoxon.

Tabela 10 - Apresentação dos resultados referentes à dimensão “benevolência”, obtidos da Escala ODM antes e depois do ensino de saúde mental

| Benevolência | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| B_12 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 27 (71.1%) | 12 (31.6%) |
| Concordo | 7 (18.4%) | 7 (18.4%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7.9%) | 3 (7.9%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 1 (2.6%) | 4 (10.5%) |
| Discordo | - | 6 (15.8%) |
| Discordo Totalmente | - | 6 (15.8%) |
| B_18 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 26 (68.4%) | 33 (86.8%) |
| Concordo | 9 (23.7%) | 5 (13.2%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 3 (7.9%) | - |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | - | - |
| Discordo | - | - |
| Discordo Totalmente | - | - |
| B_22 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 24 (63.2%) | 30 (78.9%) |
| Concordo | 13 (34.2%) | 7 (18.4%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 1 (2.6%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | - | - |
| Discordo | - | - |
| Discordo Totalmente | - | - |
| B_23 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 6 (15.8%) | 2 (5.3%) |
| Concordo | 19 (50.0%) | 5 (13.2%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 8 (21.1%) | 5 (13.2%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 4 (10.5%) | 23 (60.5%) |
| Discordo | 1 (2.6%) | 3 (7.9%) |
| Discordo Totalmente | - | - |
| B_38 | Antes | Depois |
| Concordo Totalmente | 16 (42.1%) | 21 (55.3%) |
| Concordo | 17 (44.7%) | 15 (39.5%) |
| Em dúvida, mas provavelmente concordo | 4 (10.5%) | 1 (2.6%) |
| Em dúvida, mas provavelmente discordo | 1 (2.6%) | 1 (2.6%) |
| Discordo | - | - |
| Discordo Totalmente | - | - |

4.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

As observações foram relatadas no caderno de campo de forma que expressassem experiências, acontecimentos e comportamentos individuais e coletivos dos alunos e que pudessem comunicar o estigma associado ao transtorno mental em estudantes técnicos em enfermagem e sua relação com o ensino de saúde mental em uma perspectiva antiestigmatizante.

As aulas, em sua maioria, ocorreram com uma presença média de 90 % dos alunos e de forma geral as atividades respeitaram sempre uma mesma lógica: o conteúdo era inicialmente apresentado, de forma que os alunos ampliassem e transformassem seu conhecimento ou se apropriassem de novos fundamentos, sendo que no entremeio dessas informações ocorriam as discussões com os alunos, originadas de dúvidas, histórias pessoais ou da mídia e questionamentos a cerca de noções contrárias previamente apresentadas por eles.

O primeiro contato com os alunos ocorreu em sala de aula onde foi apresentada a disciplina saúde mental, com seus objetivos e propostas de atividades educacionais. Nesse momento inicial de encontro, uma simples enquete foi feita para descobrir um pouco do conhecimento prévio dos alunos, que constava da pergunta aberta “Qual o local de atendimento para uma pessoa com transtorno mental?”. Nesse instante foi usada também outra palavra de mais fácil compreensão por eles, como doente mental. As respostas em ordem de frequência foram: Hospital psiquiátrico (grande maioria); clínica psiquiátrica; manicômio e consultório de psiquiatria.

As respostas demonstraram que existe um predomínio da noção institucionalizante da assistência ao portador de transtorno mental pelos alunos e que a disciplina de saúde mental teria que usar essa informação como parâmetro para estratégias que transformassem essa noção tão relacionada a crenças e atitudes estigmatizantes.

Perspectivas históricas do processo de estigmatização

As primeiras atividades acadêmicas da disciplina de saúde mental foram aulas teóricas que versavam sobre loucura em uma perspectiva histórica, em que os alunos foram apresentados às diversas formas de compreensão do transtorno mental. Esse momento de debate histórico cultural da loucura teve como propósito fazer uma ligação entre o passado e o conhecimento atual que os alunos apresentavam sobre esse transtorno, em especial sobre alguns estigmas existentes na atualidade e que estão relacionados com essa visão da loucura.

Esse primeiro contato com a disciplina de saúde mental conseguiu produzir nos alunos o entendimento da origem da institucionalização dos portadores de transtornos mentais e seu objetivo de controle e exclusão social e que ela está relacionada com algumas concepções que a sociedade mantém viva até hoje como a necessidade de restrição social e o isolamento, temáticas essas que foram discutidas com os alunos.

Para enriquecer as discussões históricas sobre a loucura e a Psiquiatria, a disciplina teve a colaboração do professor de história e antropologia, que ministrou uma palestra aos alunos com a temática revoluções mundiais e a psiquiatria, em que os alunos discutiram a relação entre as transformações mundiais, em especial as relacionadas a guerras, com as transformações neste campo.

No intuito de que os alunos conseguissem compreender de forma mais efetiva alguns temas relacionados às aulas teóricas, em especial a temática institucionalização e tratamento asilar, foi proposta uma atividade extra à sala de aula que consistia na visita virtual da exposição sobre o Hospício Pedro II do Centro Cultural da Saúde e na leitura de trechos do livro *Holocausto brasileiro* (Autoria de Daniela Arbex, 2013). Ainda, para fomentar uma discussão com os alunos acerca do tratamento asilar, os alunos assistiram aos documentários *Em nome da razão* (direção de Helvécio Ratton, 1979) e *Holocausto Brasileiro* (direção de Daniela Arbex e Armando Mendez, 2016).

A partir desse conjunto de atividades, no debate com os alunos percebeu-se, que eles pouco conheciam da história dos hospitais psiquiátricos apresentados pelos vídeos, como também a forma não humana de assistência a essas pessoas.

Com o propósito de apresentar a realidade do tratamento asilar na psiquiatria fez com que os alunos reconhecessem que os comportamentos estereotipados que os “internos” apresentavam nos documentários não era essencialmente produto de seu transtorno mental, mas em grande parte relacionado com o isolamento social e com o tratamento subumano que recebiam. Algumas dessas características são citadas pelos alunos, como retraimento, fala empobrecida e aparência descuidada.

Em especial a leitura do livro *Holocausto brasileiro*, que estabelece um contato maior com histórias individuais do Manicômio de Barbacena, aumentou a percepção dos alunos de que a institucionalização não é o melhor mecanismo de assistência e que ele é responsável pela despersonalização, cronificação de alguns transtornos e piora de condições clínicas, sociais, familiares e psicológicas.

Como os documentários e o livro também descrevem algumas mudanças ocorridas na assistência a essas pessoas em sofrimento psíquico, os alunos já começaram a ter contato com outro modelo de atenção à saúde mental (que até então pouco conheciam), o que os levou a

identificar que é possível mudar a realidade de pessoas que passaram até mesmo por longo tempo de internamento.

O propósito da disciplina de saúde mental em uma perspectiva antiestigmatizante foi discutir o estigma em todos os momentos possíveis, mas houve a necessidade de que o estigma e sua construção social fossem objeto de uma aula teórica, na qual, partir da apresentação do conceito, origem e tipos de estigma, foi proposto que os alunos apontassem estigmas associados ao portador de transtorno mental. Eles conseguiram reconhecer a existência dos seguintes estigmas: irrecuperável; violentos; identificável pela aparência; fala e comportamento alterados; descuidados; não podem trabalhar ou estudar e possuem retardos.

Nesse contexto de descrição de estigmas encontrados na sociedade, levantou-se um debate de por que os alunos ou a sociedade de modo geral apresentavam essa imagem sobre pessoas com quem não tem contato direto. A mídia foi reconhecida pelos alunos como sendo um fator importante para a difusão de certas características que acabam sendo generalizadas a todos os portadores de transtornos mentais e em especial a televisão apresenta uma imagem distorcida de pessoas em sofrimento mental que não são conhecidas por parte da sociedade, o que faz as pessoas ainda manterem estereótipos que estão ligados a um passado de tratamento manicomial.

Nise – O coração da loucura

De forma a dar continuidade à discussão dos estigmas, em especial aos associados a irrecuperabilidade, restrição social e violência, foi proposto assistir um filme que traz uma importante reflexão sobre a transformação de um hospital psiquiátrico: *Nise – O coração da loucura* (direção de Roberto Berlinder, 2015) mas com o olhar voltado para os estigmas já citados.

Após a exibição do filme, alguns alunos, baseados em alguns trechos do vídeo, disseram que algumas características violentas dos portadores de transtornos mentais poderiam estar relacionadas à forma como eles eram tratados no ambiente hospitalar, sendo a agressividade uma resposta a pessoas ou ambientes opressores, o que demonstrou que alguns estudantes começaram a dissociar a imagem da violência do transtorno mental. No entanto, essa ainda não se mostrou ser uma opinião da maioria da turma.

O filme também foi capaz de gerar outra discussão em torno das crenças de que todos os portadores de transtornos mentais são incapazes de ser sociáveis, independentes e

responsáveis. Segundo os alunos, a reaproximação dos profissionais de saúde e familiares com os indivíduos em sofrimento psíquico foi a estratégia, documentada no filme, que permitiu uma mudança na compreensão dessas crenças.

Carnaval e o combate ao estigma

Aproveitando que os alunos indicaram na última atividade que a aproximação com portadores de transtornos mentais pode ser uma forma de conhecer suas peculiaridades e com isso reduzir alguns estigmas foi proposta aos alunos a participação em eventos relacionados ao carnaval que tenham a atuação de pessoas em sofrimento psíquico, objetivando um contato num ambiente comum a qualquer pessoa em período de carnaval, ou seja, conhecer o portador de transtorno mental fora de uma instituição de saúde.

Os eventos pré-carnavalescos e carnavalescos que serviram de base para o contato dos alunos com os portadores de transtornos mentais foram alguns ensaios carnavalescos abertos ao público e os desfiles de blocos carnavalescos.

Ao assistirem um ensaio dos músicos, preparativo para o desfile do bloco, alguns alunos surpreenderam-se por não conseguir identificar, entre os componentes da banda, quais seriam os portadores de transtornos mentais. A imagem de que pessoas com transtornos mentais são identificáveis por alguma característica na aparência ou no comportamento foi o estigma que os próprios estudantes identificaram como sendo aquele que foi modificado mais rapidamente ao participar do evento.

Ao término do ensaio, os alunos relataram sua impressão sobre os participantes do evento carnavalesco, em que citaram que achavam que encontrariam pessoas agitadas; no entanto, o que encontraram foram “pessoas calmas e organizadas que aparentam e conversam normalmente”.

Em outro ensaio de que os alunos participaram, foram recebidos por um integrante da bateria que apresentou o grupo e explicou como funcionava a oficina de percussão. Ele propôs uma integração com o grupo, que consistia em um aluno aprender a tocar um instrumento musical com a ajuda de um portador de transtorno mental, responsável pelo instrumento.

O ato de aprender alguma coisa com um portador de transtorno mental foi identificado pelos estudantes como uma experiência marcante para que a ideia que tinham de inferioridade e incapacidade de trabalharem em grupo fosse transformada. Assim como no outro evento

carnavalesco, os estudantes também tiveram dificuldade de identificá-los como portadores de algum distúrbio por conta da aparência “normal ou quase normal”.

As últimas atividades foram as participações (como foliões) nos blocos de carnaval. Os alunos que estavam presentes no desfile do bloco “Tá Pirando Pirado Pirou” interagiram com os integrantes do mesmo e conversaram com alguns percussionistas de uma escola de samba que o apoiavam. Os músicos disseram que antes de seu contato com o grupo consideravam como impossível os portadores de transtornos mentais comporem músicas de qualidade e tocarem algum tipo de instrumento musical e relataram que a participação deles na bateria “parecia ajudar a organizar as ideias dessas pessoas”.

Os alunos descreveram que se divertiram como se estivessem em qualquer outro bloco de carnaval, e mencionaram que algumas pessoas que estavam assistindo à passagem do bloco só identificaram ser um coletivo carnavalesco originário de um hospital psiquiátrico quando liam o que estava escrito no leque de carnaval distribuído na rua.

Encerrando as atividades associadas ao carnaval, os alunos participaram (como foliões) do desfile do bloco Loucura Suburbana, que chamou a atenção dos que dele participaram pela alegria e grande participação da comunidade em torno da unidade de saúde, o que proporcionou, segundo os alunos, mostrar para as pessoas como é a real característica e potencialidade das pessoas com sofrimento mental.

Vale ressaltar que nessa atividade, alguns alunos tiveram a companhia de seus responsáveis, que relataram que os blocos carnavalescos mudaram um pouco a imagem que tinham dessas pessoas, em especial no quesito agressividade, sociabilidade e estereótipos de aparência.

Luta Antimanicomial

Aproveitando as últimas experiências vivenciadas pelos alunos, o Movimento de Luta Antimanicomial foi apresentado como uma temática importante de ser conhecida, por apresentar ações significativas desse movimento no campo do estigma e mostrar que a luta contra a estigmatização não é localizada e sim uma ação de parte de trabalhadores e apoiadores da área da saúde mental e que foi por meio desse movimento que alguns estigmas foram postos em discussão e ganharam visibilidade na sociedade, sendo o mais discutido com os alunos a questão da restrição e isolamento social.

Dentro dessa temática, foram usadas para ampliar a discussão da luta antimanicomial algumas legislações antigas que versavam sobre a assistência psiquiátrica, demonstrando-se por meio delas como o portador de transtorno mental era visto pela sociedade, assim como a importância dos movimentos em prol da destituição do manicômio e suas ideias reproduzidas na sociedade.

O estudo associado de legislações e dos movimentos de luta antimanicomial suscitaram nos alunos dois questionamentos. O primeiro item discutido relacionava a mudança assistencial aos portadores de transtorno mental, há uma transformação no pensamento dos profissionais de saúde, e para tanto usaram como exemplo o filme *Nise – O coração da loucura*, no qual pode ser visto que foram necessárias mudanças nas atitudes dos funcionários.

O segundo assunto que emergiu dessa aula foi a influência da lei sobre o processo de estigmatização e assistência às pessoas em sofrimento psíquico. A leitura das leis colaborou para que os alunos conseguissem perceber que existem estigmas que se intensificaram com a força de leis que orientavam a assistência, sendo restrição, isolamento e distância social os identificados pelos alunos.

Dando prosseguimento às aulas, houve a necessidade de introduzir alguns conceitos-chaves utilizados pelos alunos em todo o trajeto da disciplina e de sua vida laboral. Conceitos como os de saúde, doença, normalidade, transtorno mental foram a base para discutir a forma como os alunos entendem hoje o processo de saúde/doença.

Os alunos participaram dessa discussão mostrando maior interesse no debate da influência dos padrões de normalidade na vida das pessoas. Partiram dos próprios alunos exemplos de situações de vida que são normalizadas e por consequência acabam por sofrer um processo de medicalização, como o luto, alguns comportamentos dos adolescentes e sentimentos de tristeza.

Como continuidade da aula sobre o movimento antimanicomial, os alunos tiveram uma sequência de aulas voltadas para a discussão da Reforma Psiquiátrica, legislações associadas a ela e as peculiaridades do Modelo de Atenção a Saúde Mental proposto pela reforma.

O momento de discussão da questão da desinstitucionalização coincidentemente ocorreu num período em que ocorriam em algumas cidades brasileiras internações

involuntárias de usuários de drogas, sendo a televisão o principal meio de informação dos alunos sobre essa ocorrência. Dessa forma, houve um enriquecimento da discussão das legislações, pois se partiu de uma realidade sobre a qual os alunos tinham mais conhecimento, além de ampliar suas visões para além do que era divulgado pela mídia.

Em se tratando da discussão sobre modelos alternativos ao manicômio, a dúvida eminente do grupo estava associada em como tratá-los fora de uma internação e se era possível. A presença de alguns estigmas pareceu estar associada com o descrédito na desinstitucionalização, pois a justificativa dos alunos para não acreditarem nessa possibilidade está agregada à crença de que os portadores de transtorno mental teriam dificuldade de viver fora de o ambiente hospitalar, por conta da dependência que teriam desse tipo de ambiente, assim como pelo risco que poderiam trazer à sociedade, baseados na ideia de que são pessoas agressivas e instáveis.

O entendimento por parte dos alunos sobre o funcionamento e a eficácia das estruturas que favorecem o processo de desinstitucionalização (CAPS e residência terapêutica) ainda era difícil e pôde ser justificado pelo pouco conhecimento prático sobre esses locais, além de existirem algumas questões que se tornaram barreiras para o aluno acreditar na possibilidade de um tratamento comunitário, como o descrédito na independência das pessoas com sofrimento psíquico e suas capacidades de convívio em grupo ou numa casa dividida por pessoas que apresentam os mesmos tipos de problemas.

De forma a ampliar o conhecimento dos alunos sobre o CAPS e na tentativa de diminuir seu descrédito sobre essa instituição, considerada peça central para a continuidade do processo da reforma psiquiátrica, os alunos tiveram a oportunidade de assistir a três reportagens jornalísticas veiculadas na televisão denominadas “Saúde Mental – CAPS” (Canal Bandeirantes, 2013), “Saúde Mental – Residências Terapêuticas” (Canal Bandeirantes, 2012), “Quebrando Paradigmas” (Canal Bandeirantes, 2013), que documentavam o funcionamento de um CAPS e outras estruturas associadas a ela como cooperativas sociais e a residência terapêutica.

A percepção que apresentaram após assistirem aos vídeos foi de que as pessoas frequentadoras do CAPS, assim como os funcionários, têm um comportamento distinto daqueles que estão em hospitais psiquiátricos. A diferença de ambiente e do cuidado prestado estaria relacionada, segundo os alunos, a uma melhor reabilitação de tal forma que passa a ser possível acreditar que essas pessoas podem viver fora de um ambiente de isolamento.

Os vídeos possibilitaram o surgimento de novos temas que ainda não tinham sido apontados pelos estudantes nessa disciplina, como a possibilidade de relacionamentos afetivos e o exercício da maternidade/paternidade, que até então eram consideradas pelos alunos situações que deveriam ser evitadas e não incentivadas pelos familiares.

Os mesmos vídeos também retratavam a estrutura de residências terapêuticas e de cooperativas sociais e por meio desses os alunos conseguiram identificar que os moradores e cooperados apresentavam algumas características consideradas autoestigmas, sendo a apontada pelos alunos a noção de inferioridade que apresentavam ao dar entrevistas, e de novo, os alunos reconheceram nos funcionários as pessoas que podem diminuir esses estigmas internalizados por meio de atitudes diárias com essas pessoas.

Transtornos de Personalidade e do comportamento

Os transtornos de personalidade e do comportamento foram assuntos que mereceram um debate dentro do contexto do estigma, por ser comum os alunos os associarem à violência, sendo que muitos desses casos expostos eram conhecidos por eles por meio da mídia, que em algumas situações usava o transtorno de personalidade, que nem sempre era realmente diagnosticado, para justificar a violência. Os exemplos evocados pelos alunos eram casos da atualidade e que estavam circulando pelos meios jornalísticos que os apresentavam como sendo pessoas com transtorno borderline ou instabilidade emocional e antissocial ou dissocial (a nomenclatura dependeu do jornal consultado pela internet em sala de aula).

Com a ajuda da internet, houve a consulta dos casos citados, propositalmente no intuito de conferir aos alunos quais as peculiaridades dessas histórias. Os achados mostravam que não existia nenhum diagnóstico prévio, além de não existir informação suficiente que pudessem caracterizar as pessoas com algum tipo de transtorno. O que existia, eram suposições diagnósticas que justificariam a violência. Dentro dessa atividade, em que se consultaram eletronicamente vários jornais que veiculavam os mesmos casos, alguns alunos acharam interessante discutir uma postagem que dizia que as pessoas não aceitam que crimes bárbaros possam ser cometidos por pessoas normais, o que facilita a associação deles a transtornos mentais.

Transtornos globais do desenvolvimento

Como programado desde o início da disciplina, os alunos teriam a tarefa de ler o livro denominado *Brilhante* (autoria de Siqueira e Barnett, 2013) para uma discussão em torno das

dificuldades encontradas pelas crianças e adolescentes com transtornos globais do desenvolvimento e seus problemas associados, em especial aqueles relacionadas ao estigma apresentado pelos próprios familiares e educadores.

A proposta dessa atividade era que os alunos pudessem identificar, a partir de histórias reais, atitudes equivocadas que dificultam a inserção das crianças em atividades sociais. O que os alunos trouxeram para sala de aula para ser discutido foi a questão de familiares, profissionais da saúde e da educação, representados no livro, generalizarem as mesmas características para todas as crianças, tratando-as de forma padronizada, desconsiderando suas individualidades, o que por vezes está associado ao estigma da incapacidade.

Como atividade prática alguns alunos foram selecionados para ser voluntários do projeto “Sessão Azul”. Essa iniciativa é voltada para oferecer a indivíduos com transtornos do espectro autista sessões de cinema e com isso um maior convívio social, sem o desconforto dos olhares críticos e julgadores de outras pessoas. Depois da sessão os alunos que participaram do evento contaram ao resto da turma como foram auxiliar as crianças e seus familiares durante o filme. Muitos disseram que chegaram ao cinema extremamente curiosos e apreensivos e que se surpreenderam com o resultado da experiência.

O que parece ter chamado muito a atenção dos alunos foi que mesmo respeitando as individualidades de cada criança, a sessão como um todo ocorreu bem. Outra lembrança dos alunos foi a satisfação dos familiares ao fim do filme, visto que os estudantes citaram muitos exemplos de agradecimentos dos pais aos voluntários do projeto pelo acolhimento às famílias.

Workshop: “O uso da arte como propaganda da luta antimanicomial”

Em meio às atividades educativas durante o ano letivo, os alunos participaram e construíram ações para o evento anual da instituição denominado Semana de Enfermagem, que nesse ano coincidentemente ocorreu no mesmo período em que se comemorou a Semana da Luta Antimanicomial. Aproveitando a justaposição das datas foi proposto aos alunos que desenvolvessem uma atividade em que fosse apresentada e difundida a ideia da luta antimanicomial aos participantes do evento.

Durante o mês que antecedeu o encontro os alunos prepararam um workshop para divulgação do trabalho de criação de arte em camisetas que remetia à luta antimanicomial e o estigma associado aos portadores de transtorno mental.

A escolha das estampas que seriam impressas foi feita nas semanas que antecederam o evento, em debates que revelaram o quanto cada aluno tinha apreendido dessa temática, como também foi percebido que o envolvimento dos alunos nessa atividade aumentou a participação nas aulas em que houve discussão em torno do estigma e da reforma psiquiátrica.

Alguns alunos relataram que para elaborarem seus desenhos, contaram com a opinião de familiares e de outros alunos da instituição, em especial os de informática (que ajudaram na criação das artes). Uma fala comum era sobre o estranhamento dessas pessoas à ideia da luta antimanicomial, em especial a proposta de tratamento fora do hospital.

O workshop intitulado “O uso da arte como propaganda da luta antimanicomial” contou com um público composto por alunos e professores da instituição e profissionais da saúde.

Ao fim do workshop os participantes foram convidados a conhecer e degustar doces fabricados por um grupo de doceiras, integrantes de uma cooperativa social composta por portadores de transtornos mentais. Diferentemente dos alunos da enfermagem já familiarizados com as doceiras, os convidados do workshop ficaram curiosos e estranharam a capacidade de essas pessoas conseguirem executar tal tarefa gastronômica.

Transtorno mental e a atitude da responsabilização

Como forma de discutir o estigma da responsabilização individual das pessoas pelos seus transtornos mentais, os alunos assistiram a um documentário intitulado *TOC – A história real de uma vida perdida em pensamentos* (realizado pelo canal Odisea, 2008), que ao mesmo tempo em que complementou a aula teórica sobre transtornos ansiosos também descrevia casos em que as pessoas com ansiedade e transtorno obsessivo-compulsivo (*TOC*) relatavam como eram julgadas por seus problemas de forma estigmatizadora.

Como consequência, os estudantes conseguiram identificar que as pessoas com transtornos ansiosos, por serem consideradas pela sociedade como conscientes de seus atos, acabam sendo repreendidas pela falta de força de vontade em melhorar seus comportamentos e que alguns portadores acabam por concordar com esse pensamento, o que fez os alunos se lembrar da aula sobre autoestigma.

Depressão

Já para discutir estigmas relacionados aos transtornos de humor, em especial a depressão, os alunos tiveram inicialmente um conteúdo teórico sobre os transtornos e outras três atividades: leitura prévia do artigo “Experiências do estigma na depressão: um estudo transcultural” (Moreira e Telles, 2008), discussão de casos a partir de cartas de suicidas e uma palestra sobre medicalização dos sentimentos.

O conteúdo teórico proposto estava voltado principalmente para estimular o entendimento de um modelo causal multifatorial da depressão. No entanto, quando os alunos foram apresentados às medicações antidepressivas, notou-se que os mesmos atribuíram a bioquímica como sendo a causa mais importante, o que levou alguns alunos a entender que a reabilitação estaria só associada à medicação o que tenderia a gerar responsabilizações individuais nas situações nas quais não há resposta medicamentosa.

No prosseguimento das discussões em torno da depressão, histórias de pessoas com depressão e que cometeram suicídio foram analisadas a partir de cartas escritas por elas. Essa análise de casos de portadores de depressão, mesmo sendo superficial, fez com que os alunos conseguissem identificar inúmeros fatores causais da depressão numa mesma pessoa. Ao mesmo tempo em que os estudantes conseguiram identificar vários fatores predisponentes para a depressão, também notaram que nas cartas os indivíduos tendiam a apontar uma única causa para os seus problemas.

As percepções dos alunos ao lerem as cartas foram muito diversas. Alguns entenderam de que a baixa da autoestima é uma manifestação da depressão, que, segundo eles, é piorada pela culpabilização individual por seu transtorno, enquanto outros sustentaram que os portadores de depressão internalizam com mais facilidade o estigma da culpa. Todavia, um grupo de alunos conseguiram perceber nas cartas que alguns portadores de depressão nem sempre internalizam o estigma da culpa, mas percebem que os outros a culpam por isso. Nesse momento os alunos citaram partes do artigo lido e lembraram a aula que discutiu os tipos de estigma e como esse julgamento social atrapalha a reabilitação dessas pessoas.

O estigma profissional também foi discutido a partir de uma carta em que a pessoa relata outras tentativas frustradas de suicídio e como foi seu tratamento hospitalar. Nesse contexto, os alunos relataram, de forma complementar ao conteúdo da carta, algumas crenças

falsas que conhecem, como suicídio associado à vontade de chamar a atenção, e que os verdadeiros suicídios não são avisados, podem levar a estigmatização.

A questão da hereditariedade associada à depressão foi levantada a partir do exemplo dado por um aluno de um caso apresentado pela mídia que veiculava que a depressão de um determinado artista tinha origem hereditária e o próprio relatava que “ainda não estava totalmente bem, pois a química do remédio ainda não tinha atingido todo o seu efeito e quando isso ocorresse, seus problemas sumiriam” (o caso foi procurado na internet em sala de aula para melhorar a discussão). Esse caso serviu como base de discussão de que o modelo causal dos transtornos interfere diretamente na maneira como o tratamento é compreendido, inclusive pelo próprio portador dele.

A palestra de medicalização dos sentimentos, proferida por uma psicóloga, fez alguns alunos aventarem a possibilidade de as pessoas com depressão sofrerem mais estigmatização na atualidade devido à generalização do termo “depressão” na sociedade. Nesse momento de discussão, os alunos lembraram que é comum as pessoas identificarem com o termo “frescura” o comportamento das pessoas que têm mais dificuldade na resolução da depressão.

Esquizofrenia

Ao começar as aulas sobre esquizofrenia, os alunos já haviam assistidos o documentário sobre funcionamento do CAPS e das cooperativas sociais (assistido no início da disciplina), nos contatos com portadores de transtorno mental que tiveram no carnaval e no workshop de luta antimanicomial. Essas experiências concorreram para que os alunos fizessem críticas e questionamentos importantes quando assistiram vídeos jornalísticos recomendados para as aulas sobre esquizofrenia: *Seguir em frente – Vencendo a esquizofrenia* (canal Rede Vida, 2014); *A casa de saúde Dr. Eiras e reforma psiquiátrica* (Canal TV Brasil, 2015); *Eleanor Longden – As vozes da minha cabeça* (Site TED, 2013); *Eu não sou um mostro – Esquizofrenia* (Site TED, 2017); *Ouidores de vozes* (canal Futura, 2017) e o documentário *Di capacitados* (Direção de Pepe Martinez, 2015).

A turma considerava no início do ano letivo a esquizofrenia como o principal exemplo de transtorno mental da psiquiatria e suas manifestações se encaixavam no que eles consideravam o “típico louco”. Em no decorrer do curso essa visão pode ser modificada.

Apesar da diminuição aparente da presença de alguns estigmas nos alunos, a associação da violência com a esquizofrenia ainda era muito arraigada na turma, e por isso se fez necessário manter um foco especial nessa questão durante as aulas de esquizofrenia.

A grande dificuldade em trabalhar a questão da violência com os alunos se deu pelo fato de eles só tomarem conhecimento, dos casos de esquizofrenia associados com alguma manifestação de agressividade, fazendo-os crer que todos os portadores de esquizofrenia e outros transtornos seriam pessoas violentas, e com o avanço do curso conseguiram identificar que essas associações são devidas em parte pela população não aceitar que casos de violência extrema podiam ser provocados por pessoas consideradas normais.

De forma a melhorar o entendimento dos alunos sobre a associação de violência com a esquizofrenia ou transtornos que apresentem quadros psicóticos foi indicada a leitura do artigo “Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas” (Teixeira et al, 2007) e a visita aos sites Entendendo a Esquizofrenia (desenvolvido pelo psiquiatra Leonardo Palmeira) e Memórias de um Esquizofrênico (desenvolvido por Júlio Cezar Oliveira), que abordavam entre outros assuntos o real quadro da violência nessa população.

Após entrarem em contato com esses materiais, um assunto apontado por vários alunos foi o uso de drogas lícitas ou ilícitas como fator que antecedeu o comportamento violento das pessoas com esquizofrenia, o que levantou a discussão referente à droga como sendo um fator estimulante para qualquer ato de violência, já que para alguns alunos ela também estimula a violência em pessoas que não são diagnosticadas com algum transtorno mental.

Em relação às formas de tratamento da esquizofrenia, essas foram abordadas numa aula que também se preocupou em discutir os conceitos de cura, recuperação e reabilitação existentes na área da saúde. A intenção desse conteúdo era discutir estigmas como o de irrecuperabilidade e incapacidade.

Essa aula em questão foi um momento em que os alunos se lembraram de inúmeros conteúdos já vistos na disciplina em que houve uma efetiva reabilitação de portadores de transtornos mentais, sendo os mais citados os casos em que as pessoas voltaram a ter relacionamentos amorosos e a trabalhar. O carnaval também foi lembrado como um exemplo

em que puderam ser vistas pessoas que estão alcançando a reabilitação, sendo que as mais lembradas pelos alunos foram os músicos dos blocos de carnavais.

A associação das aulas teóricas com o contato com os portadores de transtornos mentais, direta ou indireto, possibilitou que os alunos identificassem que alguns comportamentos apresentados por esses indivíduos são efeitos colaterais de medicamentos, em especial os antipsicóticos e ao comparar os vídeos e as pessoas que ali se apresentaram, os alunos conseguiram citar fatores que influenciavam esses indivíduos a sofrer menos com o estigma da rotulação da aparência ou comportamento, como o diagnóstico precoce e reabilitações não convencionais.

Partindo do conhecimento já estabelecido em literatura de que alguns estigmas estão relacionados com a maneira como as pessoas entendem as causas dos transtornos mentais, foi proposto aos alunos a assistir ao documentário *Estamira* (direção de Marcos Prado, 2006), e a partir dele apontarem possíveis atitudes estigmatizantes que teriam como origem o entendimento da causalidade da esquizofrenia. Os alunos ressaltaram que no filme familiares da personagem sugerem que o surgimento do transtorno deveu-se por uma punição religiosa e sinalizam que no filme outros estigmas associados à causalidade foram observados, nas situações em que pessoas temiam que os filhos pudessem ter o transtorno, já que acreditavam na hereditariedade do problema.

Com o término da atividade, alguns alunos demonstraram uma crítica ao documentário, dizendo que ele poderia aproveitar a história e informar ao público que o que a levou a desenvolver esquizofrenia provavelmente foi um conjunto de situações que o próprio filme mostrou, sendo os citados pelos alunos os associados a: hereditariedade, pobreza, estupros, infância, relacionamentos, etc. Todavia, outro grupo de alunos comentou que o documentário tem o objetivo de contar uma história e não produzir influências. Vale ressaltar que, além de alcançar a proposta de identificar estigmas associados à origem do transtorno, os alunos concluíram que apesar da personagem não ter um tratamento de qualidade, conseguiu trabalhar e criar seus filhos, mesmo apresentando ativamente alucinação e delírio.

Transtornos de alimentação

De forma a discutir questões a cerca dos transtornos da alimentação e colaborar para o debate sobre estigmas, a turma assistiu ao documentário *Diário da anorexia* (realização do canal TV Odisea, 2008) que narra a história de uma pessoa que apresentava os diagnósticos

de transtorno depressivo e anorexia nervosa e sua narrativa pessoal expõe a maneira como era vista e tratada pelos outros e como isso repercutia em sua vida.

Foram citados por alguns alunos estigmas já discutidos em aula, mas que reapareceram então, sendo abordados no contexto de estigma familiar, exemplos levantados pela turma como fraqueza e falta de força de vontade em se recuperar. Segundo outros alunos, essa fraqueza apareceu associada à causa do transtorno, sendo exemplificada pela citação de um familiar que indica que a depressão e a anorexia nervosa surgiram por ela sempre ter sido uma pessoa fraca e negativa. Nesse instante, um grupo de alunos lembrou-se da Escala ODM, preenchida no início da disciplina, que mencionava esses estigmas descritos.

Contato com indivíduos portadores de transtornos mentais

Como uma forma de consolidar os conteúdos já vistos na disciplina, um encontro entre os alunos e dois portadores de transtorno mental foi realizado. O contato tinha como proposta fazer com que os alunos conhecessem a trajetória de uma pessoa portadora de depressão e outra de esquizofrenia e a partir disso gerar uma discussão em torno dos vários tipos de estigmas. Também fez parte dessa estratégia de contato discutir entre os alunos e os dois convidados o conteúdo de dois filmes previamente assistido por eles: *Geração Prozac* (direção de Erik Skjoldbjaerg, 2001) e *Uma Mente brilhante* (direção de Ron Howard, 2002).

Em se tratando da conversa entre os alunos e o convidado portador de esquizofrenia, o relacionamento pessoal foi o principal conteúdo das perguntas, em especial em relação com esposa, filhos e sogra, já que ele relata que esta tem medo de deixá-lo sozinho com as crianças. O convidado referiu-se a sobrecarga de trabalho como causa do surgimento de seu problema e também às sucessivas mudanças de emprego após o diagnóstico do transtorno. Os alunos questionaram ainda as condições de trabalho no momento de seu adoecimento.

Os alunos quiseram saber sobre a existência de agressividade em seu histórico, o que gerou a discussão em torno desse estigma, pois, segundo o convidado, a maioria dos seus companheiros de CAPS não é agressiva e mesmo assim sua sogra e seus vizinhos têm medo. Ao ser perguntado por que alguns são violentos e outros não, respondeu que a esquizofrenia não se manifesta da mesma maneira em todas as pessoas e os casos de violência, que ele observa no CAPS onde se trata, estavam associados a falhas no tratamento, uso de drogas ou falta de apoio familiar.

Em relação a sua opinião sobre o filme *Uma Mente brilhante*, a questão que acredita ser comum à sua história é a sua capacidade de estudar e trabalhar, que não foi afetada, e diz que o tratamento precoce foi o responsável para não ocorrerem essas perdas. A sua crítica em relação ao filme é que deveria mostrar quais foram as incapacidades desenvolvidas após o diagnóstico. Perguntado sobre sua incapacidade, disse que após o início dos medicamentos não consegue mais fazer atividade física, pois se sente mais lento em seus movimentos.

Em relação à percepção que tem dos estigmas, disse que os observa nas situações em que há diferença no tratamento após as pessoas conhecerem seu diagnóstico, como ocorreu na sua internação por causa da dengue, em que percebeu o medo dos funcionários de saúde durante o atendimento, principalmente após saberem que usava Haldol só uma vez ao mês³ (o convidado relata ter prescrição de Haldol decanoato). Outra situação em que observou a presença do estigma foi em festas, por isso diz preferir não participar delas.

Já a portadora de depressão utilizou o contato com os alunos como uma oportunidade para mostrar como o estigma já a prejudicou, principalmente o estigma familiar.

De acordo com a convidada, após receber o convite começou a se preparar para o encontro com os alunos, e com isso veio a descobrir que as atitudes de seus familiares eram chamadas de estigma e não de ofensa, como imaginava. Respondendo aos alunos, como seus familiares atrapalhavam seu tratamento, disse que eles achavam que o problema seria religioso e não de saúde, já que não tinha nenhuma causa para a depressão, o que a levou a não procurar ajuda inicialmente.

Ao ser perguntada, se concordava com esses estigmas, respondeu que durante um tempo concordou com seus familiares e passou a se achar fraca, pois via inúmeras pessoas na igreja obtendo cura da depressão sem tomar remédio ou fazer algum tratamento. Nesse momento foi questionada se todas essas pessoas tinham sido realmente diagnosticadas com o transtorno e sua resposta foi não saber.

Houve o questionamento sobre a sua relação com o trabalho, pois, segundo a aluna, “trabalhar em um salão de beleza deve ser difícil devido às horas trabalhadas e pelo ofício manter uma relação com a felicidade”. Segundo a convidada, a grande dificuldade era conseguir forças para acordar e saber que ao chegar ao trabalho teria que responder às

³ O Haldol Decanoato é um antipsicótico intramuscular indicado para o tratamento de manutenção de pacientes psicóticos crônicos estabilizados. Em geral, sua aplicação deve ser feita uma vez ao mês.

mesmas perguntas de por que estava triste, já que era considerada uma mulher bem-sucedida, enquanto outras pessoas do salão de beleza não acreditavam no diagnóstico, pois consideravam que depressivos não conseguiriam trabalhar como ela (trabalhava muitas horas e sempre muito maquiada). Nesse momento, o filme foi lembrado por ela, pois a personagem conseguiu continuar a realizar algumas de suas atividades; no entanto, diz que a diferença é que não chegou a usar nenhuma droga ilícita, mas acredita que na prática muitas pessoas usam.

Abuso de substâncias psicoativas

Como base para a aula de uso de substâncias psicoativas foi disponibilizado material sobre o uso de substâncias psicoativas no Brasil, desenvolvido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em que há um capítulo denominado “A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento”.

Com a leitura desse material, os alunos conseguiram apontar que alguns estigmas aos usuários de drogas já foram identificados no transtorno depressivo, como a crença de considerá-los pessoas fracas e que a não recuperação se dá pela falta de força de vontade. Outros tipos de estigma que os alunos assinalaram como já visto em outros transtornos, foram os que representam a internalização do estigma, como a autodesvalorização e a vergonha, que acabam por produzir exclusão e, assim, demora em procurar ajuda, principalmente com profissionais que concordam com esse pensamento.

Todavia, os alunos, indicaram que o sofrimento provocado pelos estigmas relacionado ao uso de drogas é mais forte devido a relação que a sociedade faz entre o uso de drogas e falha de caráter, ou seja, essa conotação moral do uso da droga faria diferença entre os portadores.

Foi comentado por um aluno que o material didático indicado para leitura recomenda para a diminuição do estigma, a estratégia do contato e nesse momento alguns recordaram que essa técnica foi utilizada com a turma e que nos próximos anos o contato poderia ser também com uma pessoa em reabilitação do uso de drogas.

Os alunos ressaltaram que esse tipo de contato, em que se mostra uma pessoa fora de um padrão estigmatizado (que trabalha, estuda, namora), deve ocorrer antes do estágio, pois ao chegar a uma unidade de saúde o aluno saberia que aquelas pessoas em tratamento podem alcançar a mesma qualidade de vida das pessoas que conheceram. De acordo com os alunos,

quando o contato com a saúde mental ocorre a partir das pessoas em crise, os alunos ou profissionais de saúde acreditam que o transtorno mental caracteriza-se só dessa forma.

Estigma profissional

De forma que o aluno pudesse mais uma vez visualizar como o estigma pode impregnar a atuação profissional foi realizada uma discussão com eles a partir da leitura de artigos que versam sobre as concepções e percepções dos transtornos mentais por trabalhadores da saúde mental: (1) “A concepção de loucura e do seu tratamento entre os trabalhadores de saúde mental de uma instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção” (Pugin, Barbério e Filizola, 1997); (2) “Saúde mental na percepção de trabalhadores de um CAPS” (Caeran e Dias, 2015).

Os trechos extraídos dos artigos pelos alunos foram utilizados como base para discussão do estigma, seja pela sua presença ou ausência. Os fragmentos mais usados faziam referência a falas de trabalhadores que diferenciavam as pessoas com algum tipo de sofrimento das que realmente eram diagnosticadas com um transtorno mental, o que despertou o debate sobre o que levava o trabalhador da saúde a fazer essa diferenciação. As explicações também extraídas dos artigos seriam, segundo os alunos, a capacidade de viver sem internação e a presença de agressividade.

O que também foi lembrado era a concepção de alguns trabalhadores da área de saúde mental sobre as causas dos transtornos mentais, que em sua maioria os associavam a questões sociais, em especial à pobreza, e poucos trabalhadores indicaram o transtorno como um problema puramente biológico.

Alguns alunos concluíram que os portadores de transtorno mental, ao saberem que trabalhadores da saúde possuem algum estigma sobre eles, poderiam não procurar sua assistência, como também indicaram que eles podem ser tratados de maneira incorreta ao não ser considerados realmente portadores de algum transtorno mental, conforme relata o artigo lido. Já segundo outro grupo de alunos, os portadores poderiam ser mal atendidos pela presença do medo desses trabalhadores.

4.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO SOBRE AS OPINIÕES DOS ALUNOS EM RELAÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE ENSINO APLICADAS DURANTE A DISCIPLINA DE SAÚDE MENTAL

Os resultados apresentados são referentes às respostas de quatro questões abertas e auto respondidas que correspondiam ao ponto de vista dos alunos sobre as estratégias de ensino utilizadas durante a disciplina de saúde mental, e a interferência delas em seu aprendizado e nas mudanças de atitudes estigmatizantes (Ver apêndice 3).

A primeira pergunta do questionário, apresentada literalmente no quadro 6, tinha como objetivo identificar quais as temáticas que os alunos distinguiram como contribuidoras para o enfrentamento do estigma associado ao transtorno mental. Nessa pergunta, todos os estudantes apresentaram mais de uma resposta e estas foram distribuídas, conforme se repetiam, em categorias que as representavam. A construção das categorias partiu de nomenclaturas usadas nas respostas pelos alunos.

Quadro 6 - Resultados das respostas referente à 1ª pergunta: Em qual ou quais temas apresentados no decorrer da disciplina de saúde mental você identificou a proposta de combate ao estigma associado ao transtorno mental?

| Categorias de respostas | N | % |
|--|----|-------|
| 1 - Esquizofrenia | 27 | 71,05 |
| 2 - História da psiquiatria | 12 | 31,57 |
| 3 - Deficiência intelectual e transtorno do espectro autista | 09 | 23,68 |
| 4 - Depressão | 07 | 18,42 |
| 5 - Reforma psiquiátrica | 6 | 15,78 |
| 6 - Transtorno de personalidade | 3 | 7,89 |

Os resultados da segunda pergunta, apresentados literalmente no quadro 7, faziam referência a estratégias de ensino, identificadas pelos alunos, como as que mais influenciaram a aprendizagem durante a disciplina de saúde mental. Nessa pergunta, todos os estudantes escolheram mais de uma estratégia de ensino e estas foram distribuídas, conforme se repetiam, em categorias e subcategorias que as representavam e que foram denominadas por nomenclaturas que apareceram de forma repetida nas respostas.

Quadro 7 - Resultados das respostas referentes a segunda pergunta: Qual ou quais estratégias de ensino, usadas em conjunto com as aulas teóricas da disciplina de saúde mental, mais influenciou/influenciaram seu aprendizado?

| Categorias de respostas | | N | % |
|---|--|----|-------|
| Vídeos sobre histórias reais de portadores de transtornos mentais | | 34 | 84,47 |
| 1 - Contato direto | 1.1 - Carnaval (N12) | 27 | 71,05 |
| | 1.2 - Palestra (N 10) | | |
| | 1.3 - Sessão Azul (N 5) | | |
| 2 - Internet como fonte de informação | 1.4 - Sites de informação (N 5) | 8 | 21,05 |
| | 1.5 - Blogs pessoais (N 3) | | |
| 3 - Organização do Dia da Luta Antimanicomial | | 8 | 21,05 |
| 4 - Caráter participativo das aulas | | 4 | 10,52 |
| 5 - Literatura não acadêmica | 5.1 - Livro <i>Holocausto brasileiro</i> (N 2) | 3 | 7,89 |
| | 5.2 - Livro <i>Brilhante</i> (N 1) | | |

De forma a conhecer a opinião dos alunos, a cerca da estratégia de contato realizado por meio de uma palestra com dois portadores de transtornos mentais (esquizofrenia e depressão), analisaram-se as respostas da terceira pergunta: o que achou da experiência de participar de uma aula tendo como palestrante um portador de transtorno mental? Identifique o que mudou em você. Para facilitar o estudo, essa pergunta foi dividida em duas partes no momento da análise das respostas.

A primeira parte da pergunta, apresentada literalmente no quadro 8, fez referência à experiência de participar desse tipo de contato. As respostas encontram-se sumarizadas em categorias que melhor representam as falas dos alunos, sendo denominadas por expressões que apareceram reiteradamente nas respostas. Nessa questão todos os discentes usaram uma resposta por pergunta para comunicar sua opinião acerca do assunto.

Quadro 8 - Resultados das respostas referentes à 3ª pergunta/1ª parte: O que achou da experiência de participar de uma aula tendo como palestrante um portador de transtorno mental?

| Categoria de respostas | N | % |
|--|----|-------|
| 1 - Oportunidade de dar voz às pessoas com transtorno mental. | 13 | 34,21 |
| 2 - Chance que conhecer os portadores de transtornos mentais que não seja pela mídia. | 10 | 26,31 |
| 3 - Experiência útil para visualizar na prática o que foi aprendido em aula. | 07 | 18,42 |
| 4- Espaço para o portador de transtorno mental mostrar suas capacidades. | 06 | 15,78 |
| 5 - Oportunidade de conhecer histórias de portadores de transtornos mentais que tiveram uma reabilitação bem-sucedida. | 02 | 5,26 |

Em relação à segunda parte da mesma pergunta, apresentada literalmente no quadro 9, o foco era identificar quais mudanças ocorreram nos alunos após a palestra com portador de transtorno mental. Nessa questão, cada estudante apontou uma resposta para identificar essas mudanças. As mesmas foram agrupadas com outras que continham o mesmo sentido e formaram categorias e subcategorias, apresentadas no quadro 9, sendo designadas por expressões que apareceram de forma repetida nas respostas.

Quadro 9 - Resultados das respostas referente à 3ª pergunta/2ª parte: Identifique o que mudou em você.

| Categorias de respostas | N | % |
|---|----|-------|
| 1 – Acreditar que conseguem manter suas capacidades. | 23 | 60,52 |
| 1.1- Considerar possível os portadores de transtornos mentais executar suas atividades diárias com independência. | 14 | 36,84 |
| 1.2 – Reconhecer que os portadores de transtornos mentais são capazes de trabalhar. | 07 | 18,42 |
| 1.3- Entender que nem todos os portadores de transtornos mentais perdem sua capacidade de raciocinar. | 02 | 5,26 |
| 2 – Acreditar que não é tão fácil o reconhecimento pela aparência ou comportamento. | 06 | 15,78 |
| 3 – Entender que não precisam sofrer restrição social. | 06 | 15,78 |
| 3.1- Perceber que os portadores de transtornos mentais são capazes de se relacionar e conviver com outras pessoas. | 05 | 13,15 |
| 3.2- Considerar que o tratamento do portador de transtorno mental pode ser fora do hospital. | 01 | 2,63 |
| 4 – Perceber que a forma como os portadores de transtornos mentais são tratados não representa a maneira como eles querem ser tratados. | 02 | 5,26 |
| 5 – Constatar que os portadores de transtornos mentais, em sua maioria, não são agressivos. | 01 | 2,63 |

5 CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO PARA A REDUÇÃO DO ESTIGMA ASSOCIADO AO TRANSTORNO MENTAL

Neste capítulo foi feita a discussão dos achados mais importantes sobre as atitudes estigmatizantes dos estudantes antes e após o ensino de saúde mental, sendo apresentadas algumas implicações consideradas pertinentes para esse tipo de ensino. Os resultados foram discutidos respeitando as questões de investigações levantadas e confrontadas com o enquadramento teórico e empírico apresentado nos capítulos 2 e 3 desta dissertação.

Importa salientar que este estudo resultou de um interesse particular sobre a referida temática, por serem escassos os estudos de investigação com estudantes do nível médio da área da enfermagem, e ainda por considerar que o conhecimento mais aprofundado das atitudes dos estudantes acerca dos portadores de transtornos mentais permitirá o desenvolvimento de estratégias de ensino adequadas e com impacto junto dos estudantes e futuros profissionais numa melhor prestação de cuidados de enfermagem aos indivíduos portadores de transtornos mentais, concorrendo, no futuro, para a redução de ideias preconcebidas e estigmatizantes.

5.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A observação dos alunos durante as atividades educacionais, foi um meio de obter informações que colaborou para informar como a disciplina de saúde mental pôde influenciar atitudes estigmatizantes dos alunos, mostrando ser um método eficaz para indicar quais foram os estigmas de mais difícil enfrentamento, enquanto os outros instrumentos, contemplados aqui pela Escala ODM e pelo questionário avaliativo das estratégias de ensino, analisaram os estigmas de forma quantitativa. Outro diferencial da observação foi identificar a reação dos alunos diante das estratégias de ensino usadas, o que serviu como uma das bases para explicar algumas mudanças atitudinais dos mesmos.

Em relação ao questionário constituído de quatro perguntas que permitia aos alunos refletir sobre as estratégias de ensino usadas durante o ensino de saúde mental, pôde-se identificar por meio desse instrumento foi possível apontar quais medidas educativas foram mais bem aceitas e quais os reflexos que tiveram nas atitudes dos alunos, sendo mais um dado que serviu para ilustrar a influência do ensino.

O questionário que compreendia a Escala de Medida de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental (ODM), foi o instrumento responsável pela obtenção de dados quantitativos que demonstraram quais as atitudes estigmatizantes dos alunos estavam presentes antes e após o contato com a educação.

A escala ODM possibilitou inferir maior quantidade de atitudes estigmatizantes, visto que as atitudes mais negativas dos alunos situavam-se em uma dimensão da escala não encontrada em outros instrumentos validados no Brasil; Permitiu identificar a presença de atitudes estigmatizantes mais positivas ou negativas dos alunos, e não identificar diretamente a aquisição de conhecimentos, como considerado em outras escalas; Apesar de ser uma escala validada em 1983, as informações nela contidas não constituíram uma barreira ao entendimento dos alunos, pois tratava, sob uma linguagem simples, dos portadores de transtornos mentais, além de apresentá-los dentro de contextos pertinentes de ser discutidos na atualidade.

5.2 ATITUDES ESTIGMATIZANTES DOS ALUNOS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E A RELAÇÃO COM O ENSINO DE SAÚDE MENTAL

A análise estatística das respostas dos alunos à Escala de Medida de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental (ODM), antes e após a disciplina de saúde mental, evidenciou que todas as dimensões que integram essa escala apresentaram resultados em que houve diferença estatisticamente significativa entre as avaliações, sendo que as maiores mudanças encontraram-se nas dimensões “visão minoritária”, “etiologia do esforço mental”, “ideologia da higiene mental”, “etiologia interpessoal” e “autoritarismo”.

A “**Visão Minoritária**” foi a dimensão da Escala ODM em que foi encontrada maior diferença de escores entre as duas avaliações, indicando que os alunos apresentaram, após a disciplina de saúde mental, atitudes menos estigmatizantes em relação à ideia de que portadores de transtornos mentais são diferentes e por isso seriam facilmente reconhecíveis, especialmente pela sua aparência e comportamento.

O resultado alcançado na dimensão “Visão Minoritária”, representado como atitudes menos negativas em relação à aparência, pode ser uma repercussão de algumas estratégias de

ensino que tiveram como objetivo mostrar portadores de transtornos mentais em circunstâncias em que não foram segregados pelo seu diagnóstico psiquiátrico e em que sua aparência e comportamento puderam ser observados.

O contato que os alunos tiveram com portadores de transtorno mental nos eventos carnavalescos foi citado pelos próprios como uma das principais estratégias de ensino da disciplina (Ver quadro 7), sendo que o principal relato dos alunos após esses eventos foi a dificuldade de reconhecer os portadores pela aparência e as diferenças, quando existiam, não eram fatores discriminatórios, pois as tarefas pelas quais eram responsáveis eram executadas de maneira próxima do que outras pessoas executavam.

Esse tipo de aproximação entre os alunos e um coletivo composto por portadores de transtornos mentais é, de acordo com Santos, Barros e Santos (2016), uma forma coletiva de ação de contato que tem como objetivo, além da produção de saúde, a geração de solidariedade e respeito às diferenças, aumentando o protagonismo do sujeito e a superação do estigma do transtorno mental: “Estes grupos conseguem desenvolver o cooperativismo, criam conhecimento, mudam as relações entre os atores sociais” (p. 123).

A **“Etiologia de Esforço Mental”** foi a dimensão que objetivou refletir a ideia de que os transtornos mentais originam-se do excessivo esforço cerebral, ou seja, permitiu identificar a concepção dos alunos sobre a causa desses transtornos.

As atitudes representadas nessa dimensão apresentaram uma evolução positiva, indicando que, os alunos que ingressaram na disciplina tinham uma visão deturpada da etiologia do sofrimento psíquico e que após o ensino de saúde mental, apresentaram atitudes menos estigmatizantes em relação à origem desses transtornos.

As atitudes inferidas por esta dimensão sofrem grande influência do ensinamento acadêmico, pois um dos fundamentos do ensino da saúde mental é o estudo da etiologia dos transtornos mentais. Sabe-se que a forma como os transtornos mentais são explicados interferem na modulação das atitudes estigmatizantes e que o modelo psicossocial, aplicado na disciplina, é segundo Luís (2011), a forma de explicar os transtornos mentais menos associada ao aumento da estigmatização ao contrário das explicações genéticas e biológicas que conforme Romano (2016) estão relacionadas a atitudes mais negativas em relação aos portadores de transtornos mentais.

Contudo, foi observado nessa dimensão um item (1) que associa o esgotamento nervoso com o excesso de trabalho, apresentando inicialmente as respostas concentradas nos níveis de concordância e, após o ensino de saúde mental, permaneceu com a mesma característica.

Essa inércia, específica dessa questão, pode estar associada com a palestra em que ambos os portadores de transtorno mental apresentaram o discurso de que o excesso de trabalho foi o principal colaborador para o desenvolvimento de seus problemas. Nesse ponto, a estratégia de contato não surtiu o efeito antiestigmatizante desejado. De acordo com Reinke et al. (2004) os indivíduos com sofrimento psíquico quando não desconfirmam ou se desculpa pelo seus estigmas tende a estimular atitudes estigmatizantes nas pessoas que mantem contato, o que pode justificar a manutenção dessa atitude negativa nos alunos.

A **“Ideologia da Higiene Mental”** foi a dimensão da Escala ODM que apresentou as atitudes dos alunos em relação à ideia de que o portador de transtorno mental assemelha-se às pessoas consideradas “normais” e pode desempenhar atividades especializadas.

Dentro da dimensão “ideologia da higiene mental” as questões (3 e 8) que diziam respeito ao estigma de que todo portador de transtorno mental é agressivo foram as que apresentaram maior variação nas pontuações antes e após a disciplina de saúde mental.

A presença de atitudes estigmatizantes, que indicavam a noção de que todos os indivíduos com sofrimento mental são agressivos, estavam presentes nas respostas iniciais da Escala ODM, mas também pôde ser observada durante as aulas, quando em vários momentos esse tipo de estigma foi objeto de discussão. Essas atitudes estigmatizantes se apresentavam bem consolidadas, a ponto de poderem ser caracterizadas, segundo o conceito de Cavazza (2005), como atitudes fortes, considerando as características de ser persistentes e resistentes às mudanças, como também causadoras de grande impacto nos processos de elaboração das informações e sobre o comportamento. Por conta dessa característica atitudinal, a agressividade associada ao transtorno mental foi o exemplo de estigma cujo enfrentamento foi o mais moroso e complexo.

De acordo com os estudantes, a mídia foi apontada como a grande colaboradora para esse estigma tornar-se tão forte no grupo, o que vai ao encontro do pensamento de Gil (2010, p. 100), ao relatar que:

Apesar de ter aumentado o nível de informação e sensibilização da opinião pública ainda é notória a permanência de estereótipos negativos acerca das doenças e dos doentes mentais que, de certo modo são potenciados pela concentração da opinião pública em episódios negativos que tendem a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade em geral, contribuindo para a criação de categorias e estereótipos que, por seu lado, estão na origem dos processos de categorização e de discriminação social.

Partindo da informação dos próprios alunos de que a mídia fortalece estigmas, ao veicular histórias que nem sempre são verdadeiras ou partindo de generalizações, o enfrentamento do estigma pela disciplina de saúde mental considerou o uso da mídia, mas num contexto de desestigmatização, usando vídeos em que histórias reais de portadores de transtornos mentais foram a base para que os alunos conseguissem ao longo da disciplina formar novos conhecimentos ou substituir crenças estigmatizantes. De acordo com Gil (2010), essa estratégia de ensino promove mudanças por meio do confronto dos estudantes com informações plausíveis que desconfirmam estereótipos.

Vale ressaltar que os vídeos que veiculavam histórias reais de portadores de transtornos mentais foram considerados pelos alunos como a estratégia de ensino que mais influenciou a aprendizagem (84,47 %), pois parte deles divulgava situações nas quais o estigma da violência estava presente, principalmente em pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, sendo esse transtorno a temática declarada pelos estudantes como a que mais apresentou proposta antiestigma (71,5%).

Tais achados demonstraram que o conjunto de estratégias, como as aulas teóricas e o contato que apresentava o contexto do estigma da agressividade, parece estar intimamente relacionado às mudanças nas atitudes medidas pela Escala ODM, no que tange às questões sobre a associação de transtorno mental com a violência. Essa conclusão é reforçada pelo relato de Foster et al. (2010) quando dizem que o contato direto ou indireto com indivíduos portadores de transtornos mentais, aliado à educação em saúde, principalmente a voltada para o atendimento extra-hospitalar, substitui mitos por realidade, afetando positivamente as atitudes em relação aos estigmas da periculosidade.

Dentre as questões dessa dimensão, as que apresentaram resultados indicativos de atitudes mais positivas inicialmente (28, 33, 47,50) são as que diziam respeito ao direito do portador de transtorno mental de receber tratamento num ambiente humanizado. A avaliação dessas mesmas questões, após o término da disciplina, mostrou que essas atitudes se transformaram em mais positivas, de tal forma que o nível de discordância a esses itens se

apresentou na Escala ODM de forma pouco expressiva, considerando o quantitativo baixo de alunos que aderiram às respostas discordantes.

Nesse contexto de respeito aos direitos humanos, os alunos, ao ingressarem na disciplina, já tinham uma predisposição para atitudes pouco estigmatizantes, favorecendo com que concordassem, ao fim do ensino, que os portadores de transtornos mentais possuem os mesmos direitos relacionados à qualidade no tratamento que qualquer outra pessoa.

Tal resultado mostra que os alunos foram sensibilizados pelas estratégias que veicularam a triste realidade histórica de instituições psiquiátricas que não respeitavam os direitos elementares de seus usuários, em especial no início da disciplina, em que os próprios alunos expressaram desconhecer essa forma não humana de cuidar de tais indivíduos, como também os modelos atuais de assistência à saúde mental, em que se valoriza o respeito aos direitos humanos.

A comparação entre os modelos antigos e atuais de assistência ao portador de transtorno mental pode ter funcionado como base para que os alunos conseguissem estabelecer a necessidade de aumentar o respeito aos direitos desses indivíduos, assim como deve ocorrer com qualquer ser humano que necessita de assistência à saúde.

Ainda em relação à dimensão “ideologia da higiene mental”, que também reflete a noção do portador de transtorno mental como um indivíduo possuidor das mesmas capacidades que outras pessoas, foi observada uma importante mudança nas questões da escala (13, 27 e 41) que representavam a capacidade de o indivíduo com sofrimento psíquico exercer algum trabalho ou cuidar de crianças.

Essa alteração atitudinal observada na Escala ODM expressa uma mudança também manifestada pelos próprios alunos após participarem de uma palestra com dois portadores de transtornos mentais, em que 60,52 % identificaram que após o contato com a história desses indivíduos passaram a acreditar mais na capacidade dos mesmos em executar tarefas especializadas, o que indica a importância da estratégia de contato, neste caso representada por uma palestra, na diminuição do estigma de incapacidade tão associado ao portador de transtorno mental, indo na mesma direção dos estudos de Corrigan et al. (2005) e Markström et al. (2009) que consideram que o contato direto constitui-se como fundamental para as pessoas perceberem o indivíduo portador de transtorno mental como uma pessoa real,

configurando-se como a estratégia que tem mostrado mais eficácia na diminuição das crenças estigmatizantes.

Além da palestra, outras estratégias de ensino demonstraram interferência na diminuição do estigma da incapacidade, sendo a principal apontada pelos alunos como a que mais influenciou o aprendizado (vídeos com histórias reais), foi também a estratégia que tinha como foco transmitir que os portadores de transtornos mentais podem manter ou desenvolver tarefas ou funções diversas.

De acordo com Phelan et al. (2000), as populações detentoras de maior informação apresentam uma maior tolerância e aceitação das pessoas com transtornos mentais. Segundo Corrigan et al. (2001), os estudos testemunham que a estratégia que se tem revelado mais eficaz consiste no esclarecimento de mitos como os de incurabilidade, periculosidade, incapacidade e perda de direitos que estão associados à dimensão “ideologia da higiene mental” e constituem uma herança de muitos séculos que está fortemente enraizada nas nossas culturas.

Uma mostra de que os alunos integraram atitudes menos estigmatizantes relacionadas a essa dimensão pôde ser vista na atividade que ocorreu na Semana da Luta Antimanicomial, quando os alunos produziram artes para camisas cujos temas reproduziam o que eles pensavam sobre o assunto, em geral sobre direitos humanos, exclusão social e tratamento asilar.

A dimensão “**Etiologia Interpessoal**” apresentou antes do ensino de saúde mental pontuações que caracterizavam os alunos com uma atitude heterogênea perante a noção de que o transtorno mental é resultante de experiências interpessoais, sobretudo vividas durante a infância. A disciplina neste caso colaborou de tal forma que as respostas começaram a apresentar um caráter mais homogêneo, além de proporcionar o aumento no escore final.

Assim, a função da educação foi a de confirmar ou aumentar as atitudes positivas dos alunos. Para isso, algumas estratégias de ensino tiveram como objetivo essa reafirmação, como ocorrido nos vídeos em que se veiculou a relação de pais portadores de transtornos mentais e seus filhos.

Portanto, pode ser estabelecido de acordo com Couture e Penn (2003), que esse tipo de contato conseguiu substituir crenças, opiniões e reduzir a importância a conhecimentos estigmatizantes.

“**Autoritarismo**” foi a dimensão que teve como objetivo refletir a perspectiva de que pessoas portadoras de transtornos mentais necessitam ser isoladas de outras pessoas, devido às noções de irrecuperabilidade e periculosidade. Foi nessa dimensão que os alunos apresentaram menos atitudes estigmatizantes, após o término da disciplina de saúde mental, algo constatado pela apresentação da maior média na Escala ODM em comparação às outras dimensões, além de ser considerada alta⁴.

A questão (45) da dimensão “autoritarismo” que mais sofreu variação entre as avaliações fazia referência direta à periculosidade do portador de transtorno mental, apresentando inicialmente respostas concentradas na concordância a essa periculosidade, mostrando em mais um momento do estudo que a associação entre transtorno mental e violência estava presente nas atitudes dos estudantes ao iniciar-se o ensino de saúde mental.

Contudo, na análise da mesma questão, após a segunda avaliação, observou-se uma inversão do padrão das respostas, em que as respostas dos alunos passaram a se concentrar nos níveis de discordância, demonstrando, assim como visto na dimensão “ideologia da higiene mental”, que as atitudes dos alunos tornaram-se menos estigmatizantes no quesito “periculosidade”.

Estratégias educacionais desenvolvidas com os alunos que tinham como temática as práticas de desinstitucionalização, colaboraram para o enfrentamento do estigma dos alunos em relação à periculosidade, em especial as atividades ocorridas no carnaval consideradas pelos próprios alunos como um diferencial para a aprendizagem, e as estratégias que proporcionaram o conhecimento da estrutura e do funcionamento dos CAPS. De acordo com Hickling, Robertson-Hickling e Paisley (2011) e López et al. (2008), o contato com a desinstitucionalização diminui gradativamente o estereótipo de periculosidade, embasando dessa forma o ensino centrado nos modelos de atenção psicossocial.

Outra questão (21) que apresentou diminuição nos níveis de concordância, após a educação, foi o item que revela a atitude dos alunos quanto à necessidade de distanciar o portador de transtorno mental de outras pessoas. Esse resultado é uma evidência de que a educação promoveu nos alunos uma mudança em suas concepções sobre o portador de

⁴O estudo de validação da Escala ODM realizada por Rodrigues (1983) indica que médias entre 5 e 6 são consideradas altas, pois estão relacionadas com respostas de discordância ou discordância total. Já as médias entre 1 e 2 são consideradas baixas, pois estão relacionadas com resposta de concordância ou concordância total.

transtorno mental de forma que ao conhecê-los, seja pelos conteúdos teóricos da disciplina ou pelo contato direto, e imprimiu um menor distanciamento social em suas atitudes.

Já o item (31), que fazia referência à manutenção de indivíduos portadores de transtornos mentais trancados em hospital psiquiátrico, apresentou inicialmente respostas concentradas nos níveis de discordância e, após a segunda avaliação, permaneceu com essa característica, o que indicou que os alunos apresentavam atitudes discordantes a essa restrição à liberdade desde o início da disciplina.

Vale ressaltar que, ao analisar as respostas às questões 21 e 31, observou-se que, apesar de os alunos apresentarem antes da disciplina nível de discordância alto em relação ao isolamento dos portadores de transtornos mentais, parte desses alunos mantinha atitude de distanciar esses indivíduos de outras pessoas, o que evidencia que a mudança de atitude nos alunos está mais propriamente relacionada à distância social dos indivíduos portadores de transtornos mentais.

De acordo com Batista (2013, p. 14), “o desejo de distância social é uma das atitudes estigmatizantes mais prevalentes entre os profissionais de saúde”, o que mostra a importância da mudança dessa atitude nos discentes neste estudo, devendo ser foco de outras estratégias antiestigmatizantes que possam torná-la permanente em longo prazo.

Outras questões (32 e 40) dessa dimensão também apresentaram respostas iniciais indicativas de que os alunos já ingressaram na disciplina apresentando uma baixa estigmatização em relação à irrecuperabilidade dos indivíduos com sofrimento psíquico, mantendo-os na segunda avaliação, sugerindo que os alunos permaneceram com essas atitudes positivas.

A dimensão “**Restrição Social**” objetivou traduzir os transtornos mentais em uma perspectiva de perigo para a sociedade, em especial pelo risco de uma contaminação, defendendo a restrição da liberdade destes indivíduos, internados ou não, como forma de proteção da comunidade e de suas próprias famílias.

Nela dimensão os alunos apresentaram na avaliação inicial o escore mais elevado, em comparação as outras dimensões, o que revelou atitudes contrárias ao condicionamento da liberdade dos portadores de transtorno mental antes do contato com a disciplina, permanecendo com pontuações altas após o ensino de saúde mental.

As atitudes dos alunos em oposição à restrição social parecem manter uma relação com o respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais. Essa associação pôde ser observada na análise da dimensão “ideologia da higiene mental”, em que estudantes já apresentavam na primeira avaliação atitudes mais positivas nos itens que contextualizavam os direitos humanos, sociais e individuais.

Todavia, ao analisar as questões isoladamente, foi observado que a questão (39) que associava transtorno mental a problemas no sistema nervoso, obteve a maior variação entre as duas avaliações dentro da dimensão “restrição social”.

Como já identificado na dimensão “etiologia do esforço mental” houve uma mudança significativa na concepção de os alunos explicarem a etiologia dos transtornos mentais, possivelmente fruto do conhecimento adquirido pela disciplina de saúde mental, o que pode justificar que os resultados de questões relacionadas aos modelos causais, mesmo em outras dimensões da escala, apresentam o mesmo tipo de comportamento, ou seja, iniciam com escores baixos e, após o ensino de saúde mental, tornam-se maiores, indicando uma melhora na concepção de causalidade desses transtornos.

As diversas formas de contato dos alunos com portadores de transtornos mentais pode ser outra estratégia que explica a melhora das atitudes restritivas, pois, segundo estudos sobre a relação do contato com a restrição social promovidos por Corrigan et al. (2001), indivíduos mais familiarizados, ao ter suas percepções afetadas pela experiência do contato, apresentam menor medo, distância social e crenças restritivas. Por isso, os autores, a partir dos resultados do estudo, expressam a necessidade de uma intervenção nas campanhas antiestigma, em que se deve valorizar a interação com os portadores de transtornos mentais.

A dimensão “**Benevolência**” traduziu a visão protecionista e compassiva que os alunos tinham sobre o indivíduo com sofrimento psíquico. Nessa dimensão, apesar de ter apresentado diferenças significativas entre as avaliações, os alunos apresentaram, após o ensino de saúde mental, médias que os caracterizam como tendo atitudes assentadas mais em perspectivas humanistas do que científicas e profissionais.

Esse achado vai ao encontro de outros estudos que obtiveram desfechos parecidos na referida atitude com estudantes de enfermagem e indicam que esse posicionamento influencia desfavoravelmente tanto a abordagem da pessoa em sofrimento psíquico quanto as próprias funções ocupacionais (AVANCI; MALAGUTI; PEDRÃO, 2002; PEDRÃO et al., 2003).

O reflexo dessas atitudes benevolentes e caritativas aparece na vida profissional de tal forma que estudos apontam “os profissionais da enfermagem como os mais benevolentes entre vários profissionais de saúde estudados”. (AVANCI; MALAGUTI; PEDRÃO, 2002, p. 514). Tal resultado mostra a necessidade de uma atenção especial à tendência atitudinal à benevolência que apresentam os alunos sujeitos deste estudo perante os portadores de transtornos mentais e que essa dimensão deve ser mais bem trabalhada na disciplina de saúde mental para levá-los a condutas mais terapêuticas do que protecionistas no futuro.

Após a intervenção antiestigma, ocorrida na disciplina de saúde mental, e a observação e a avaliação atitudinal dos alunos antes, durante e após esse ensino, pôde-se inferir que existem alguns aspectos sobre o estigma que, quando discutidos em um curso da área da saúde, fomentam mudanças de atitudes. Mas, para isso, essa temática tem de estar inserida em estratégias educacionais que sejam meios que possibilitam a comunicação com os alunos de forma que suas atitudes sejam transformadas, pela aquisição de um novo conhecimento ou pela transformação de antigos.

De acordo com Stuart e Arboleda-Flórez (2012, p. 14, tradução da autora), “É hora de adotar um novo paradigma para orientar a programação antiestigma. O ponto de partida deve ser o dia-a-dia das pessoas que têm um transtorno mental e os membros da família para que estas estabeleçam as prioridades para as ações”. Essa proposta foi desenvolvida durante a disciplina e reconhecida pelos próprios alunos (Ver quadro 8) e pôde ser observada nos momentos em que se explorou nas diversas estratégias educacionais a relevância das atitudes estigmatizantes pelo ponto de vista dos portadores de transtorno mental e seus familiares, colaborando para o entendimento do impacto das experiências do estigma no cotidiano desses indivíduos.

Em relação a essas estratégias de ensino aplicadas durante a disciplina de saúde mental, constatou-se por meio da observação direta das aulas e por meio da avaliação feita pelos alunos (Ver quadro 7) que o contato, seja ele direto ou indireto, foi um instrumento que se mostrou útil para a disciplina cumprir seu objetivo de combate a estigmas associados ao transtorno mental.

Notou-se também em relação ao contato, que algumas características dessa estratégia foram diferenciais para que as atitudes estigmatizantes dos alunos fossem modificadas ou não, como a presença ou a ausência de uma reflexão estruturada dos conteúdos que surgiram dessas experiências. De acordo com Gil (2010, p. 101), “o simples contato com o estigma sem

a prática refletida não é suficiente para introduzir/provocar mudanças, sobretudo ao nível cognitivo”.

Esse argumento de que a prática sem reflexão não acarreta mudanças nas atitudes, pode justificar o motivo de os alunos deste estudo, que já tinham contato prévio com portadores de transtornos mentais, não apresentassem diferença em relação às atitudes estigmatizantes dos alunos sem esse contato. “O simples fato de se conhecerem pessoas com doença mental não parece constituir, por si só, um fator impulsionador na mudança ao nível das crenças acerca das doenças e dos doentes mentais.” (GIL, 2010, p. 101).

Outro aspecto a destacar da intervenção antiestigma na disciplina de saúde mental foi o caráter não pontual das discussões que envolviam o tema. Foi importante para o processo de desestigmatização que os assuntos e as estratégias de ensino estivessem sempre envolvidos com a discussão do estigma, fazendo com que os alunos ao longo da disciplina fossem expostos a informações e reflexões que os estimularam a desenvolver uma atitude menos estigmatizante. Dessa forma, o ensino foi desenvolvido observando as considerações de Romano (2010), que descreve que as novas experiências e aprendizados, para ser incorporados às atitudes, precisam de repetição das informações, de tempo e de uso de diferentes modos de ensino.

Sabe-se que as atitudes estigmatizantes, segundo Cavazza (2005), são produtos sociais e, portanto, seu enfrentamento em primeiro lugar deve ser mediante processos que se colocam nas relações entre os grupos sociais. Todavia, não se pode esquecer que mudanças intraindividuais também permitem transformações das atitudes. Para que elas ocorram a estratégia que, segundo Corrigan et al. (2001), apresenta melhores resultados é a associação entre educação e contato, em especial com grupos de pessoas que possuem algum tipo de relação com os portadores de transtornos mentais.

Apesar da grande estabilidade que as atitudes apresentam, tornando-as difíceis de ser modificadas, foi possível produzir transformações atitudinais nos alunos técnicos de enfermagem que diziam respeito ao estigma associado ao portador de transtorno mental, por meio do ensino de saúde mental.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atitudes estigmatizantes em relação ao transtorno mental configuram-se como um fenômeno complexo que merece especial atenção da comunidade científica e acadêmica, tendo em vista que o ambiente acadêmico é essencial não só para desenvolvimento de conhecimentos e competências, mas, também, constitui um espaço para a promoção de atitudes antiestigmas.

Este estudo avaliou as atitudes estigmatizantes dos alunos técnicos em enfermagem antes e após a disciplina de saúde mental, assim como a influência desse ensino nas mudanças atitudinais. De acordo com a diferença estatística significativa dos escores da escala ODM pode-se afirmar que houve uma evolução positiva das atitudes dos alunos técnicos de enfermagem em relação aos transtornos mentais e seus portadores em todas as dimensões analisadas. Todavia a dimensão “benevolência”, inferida pela Escala ODM, foi a que apresentou menor aumento nas pontuações entre as avaliações, caracterizando os alunos como ainda detentores de atitudes negativas nessa dimensão. A organização da disciplina, com a inclusão de estratégias educacionais que promoveram o contato direto e indireto dos alunos com os portadores de transtorno mental e que defenderam o modelo de assistência psicossocial a esses indivíduos parece ter relação com a modificação dessas atitudes estigmatizantes.

É importante relatar que este estudo não procurou pesquisar a eficácia de um procedimento específico para a redução de estigma, mas, sim, a educação, incluídas aqui todas as estratégias de ensino envolvidas. Apesar da limitação do estudo não identificar qual ou quais componentes educacionais mais influenciaram as mudanças atitudinais, a opção metodológica escolhida permitiu a avaliação das estratégias curriculares da forma como elas ocorreram na vida real e não de forma isolada.

As observações feitas em sala de aula, e registradas em caderno de campo, foram úteis para a percepção de que estigmas associados à agressividade, incapacidade e aparência estereotipada dos portadores de transtornos mentais estavam constantemente presentes nas discussões com os alunos. Já o questionário aplicado aos alunos com o objetivo de avaliar as estratégias de ensino, teve grande importância para evidenciar as que devem ser continuadas ou aperfeiçoadas.

Como implicação para o ensino de saúde mental das futuras turmas deve ocorrer algum tipo de intervenção nas atividades em que indivíduos portadores de transtornos mentais, em vez de desconfirmar o estigma, façam o contrário, além de desenvolver com os alunos estratégias educacionais em que o tema “benevolência” seja mais bem discutido.

O tempo decorrido entre a primeira e a segunda avaliação (três meses) permite que outros elementos além da disciplina de saúde mental tenham influenciado a mudança de atitude dos alunos. No entanto, vale ressaltar que durante o período da pesquisa, incluindo o período entre o encerramento das aulas e a segunda coleta de dados, não houve eventos externos a disciplina, dentro da instituição de ensino, que pudessem interferir nos resultados do estudo, como estágio, cursos, palestras e outros eventos congêneres. Como também não houve influência dos contatos dos alunos com portadores de transtorno mental (amigos e/ou familiares), anteriores ao ingresso na disciplina e durante o período da pesquisa, no resultado final do estudo.

A pesquisa se propôs a estudar um grupo específico de estudantes da área da saúde e por isso seus resultados não podem ser generalizados a outros grupos, como também apresenta a limitação de inferir atitudes estigmatizantes em curto prazo.

Estudos futuros sobre o assunto podem estar focados na avaliação em longo prazo das atitudes estigmatizantes, após um ensino antiestigma, no uso de um grupo controle, que nesse estudo não pode ser utilizado devido o caráter obrigatório da disciplina e na influência da mídia no processo de formação e enfrentamento do estigma associado ao portador de transtorno mental.

REFERÊNCIAS

- AHMEDANI, Brian K. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *J Soc Work Values Ethics*. Washington, DC, v. 2, n. 8, p.1-16, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248273/>>. Acesso em: 05 nov. 2016.
- AMARANTE, Paulo. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da (Org.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2008. p. 65-78.
- _____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.
- ANGERMEYER, Matthias C; MATSCHINGER, Herbert; CORRIGAN, Patrick W. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*. [S.l.], v. 69, n. 2-3, p.175-182, ago. 2004.
- ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio; STUART, Heather. From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *Revue Canadienne de Psychiatrie*. Canadá, v. 57, n. 8, p.457-463, 2012. Disponível em: <<http://connection.ebscohost.com/c/articles/78854969/from-sin-science-fighting-stigmatization-mental-illnesses>>. Acesso em: 09 ago. 2016.
- AVANCI, Rita C.; MALAGUTI, Silmara E; PEDRÃO, Luiz Jorge. Autoritarismo e Benevolência frente à doença mental: estudo com alunos ingressantes no curso de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. São Paulo, v. 10, n. 4, p.509-515, jul. 2002.
- BARNEY, Lisa J. et al. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma. *Bmc Public Health*. Londres, v. 9, n. 1, p.1-11, 20 fev. 2009.
- BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. (Org.) Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BATISTA, Luísa Teixeira Martins Barreira. Os profissionais de saúde e o estigma da doença mental. 2013. 32 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2013. Disponível em: <sigarra.up.pt/ffup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=613265>. Acesso em: 05 nov. 2016.
- BECKER, G; ARNOLD, R. Stigma as a social and culture construct. In AINLAY, S. C.; Becker, G.; Colman, L. M. A. (Ed). *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum, 1986. p. 39-76.
- BENTO, Mariana Figueiredo Silva. O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social. 2014. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia Médica, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/26881/1/Tese de Mestrado Mariana Bento->

O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2016.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, p.243-250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002>. Acesso em: 05 nov. 2016.

_____. Há fatos que resistem a explicações simples. Poli, Rio de Janeiro, p.21-23, mai/jun. 2011.

BOYD, Jennifer E. et al. The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology. [S.l.], v. 45, n. 11, p.1063-1070, 13 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

_____. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília, 2015.

CASHWELL, Craig S.; SMITH, Allison L. Stigma and Mental Illness: Investigating Attitudes of Mental Health and Non-Mental-Health Professionals and Trainees. Journal Of Humanistic Counseling, Education, And Development. [S.l.], n. 49, p.189-202, 2011. Disponível em: libres.uncg.edu/ir/uncg/f/C_Cashwell_Stigma_2011.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2016.

CAVAZZA, Nicoletta. Psicologia das atitudes e das opiniões. São Paulo: Loyola, 2005.

COHEN, J.; STRUENING, E. L. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. The Journal Of Abnormal And Social Psychology. Washington, DC, v. 64, n. 5, p.349-360, 1962. American Psychological Association (APA)..doi.org/10.1037/h0045526. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/-01148-001>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

COHEN, Patricia; COHEN, Jacob. The clinician's illusion. Arch Gen Psychiatry. [S.l.], n. 41, p.1178-1182, 1984. Disponível em: <https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/academic/social_sciences/sociology/Reading_Lists/Mental_Health_Readings/Cohen-GeneralPsychiatry-1984.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2016.

CORREIA JUNIOR, Rubens; VENTURA, Carla Arena. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil – da legalização da exclusão à dignidade humana. Revista de Direito Sanitário. São Paulo, v. 15, n. 1, p.40-60, 11 jul. 2014.

CORRIGAN, Patrick W et al. How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. Psychiatric Services. Washington, DC, v. 56, n. 5, p.544-550, maio 2005.

CORRIGAN, Patrick W et al. Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness. Schizophrenia Bulletin. [S.l.], v. 27, n. 2, p.187-195, 2001.

CORRIGAN, Patrick W. How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. Soc Work, Si, v. 1, n. 52, p.31-39, jan. 2007.

_____. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*. Washington, DC, v. 59, n. 7, p.614-625, 2004. American Psychological Association (APA). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15491256>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

CORRIGAN, Patrick; GELB, Betsy. Three Programs That Use Mass Approaches to Challenge the Stigma of Mental Illness. *Psychiatric Services*. Washington, DC, v. 57, n. 3, p.393-398, 2006.

COUTURE, Shannon; PENN, David. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal Of Mental Health*. [S.l.], v. 12, n. 3, p.291-305, jan. 2003.

DAMIANI, Magda Floriana et al. Discutindo pesquisas do tipo intervenção. *Cadernos de Educação*. Pelotas, v. 45, p.57-67, maio 2013.

DELEVATI, Dalnei Minuzzi; PALAZZO, Lílian dos Santos. Atitudes de empresários do Sul do Brasil em relação aos portadores de doenças mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. de Janeiro, v. 57, n. 4, p.240-246, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000400003>. Acesso em: 05 nov. 2016.

DELGADO, Pedro Gabriel. *As Razões da Tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

EL-JAICK, Fernando Schimidt et al. Usuários da saúde mental como educadores: o que suas narrativas podem nos ensinar?. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 56, p.227-238, mar. 2016.

FIELD, Andy. *Descobrimo a Estatística usando o SPSS*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FISHBEIN, M. AJZEN, I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: Na Introducion to Theory and Reseach*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.

FOSTER, K.; USHER, K.; BAKER, J. A.; GADAI, S.; ALI, S. Mental health attitudes toward mental illness in Fiji. *Australian Journal of Advanced Nursing*. South Melbourne, v. 25, n. 3, p. 72-9, 2010.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

GAERTNER, Samuel L. et al. Reducing Intergroup Conflict: From Superordinate Goals to Decategorization, Recategorization, and Mutual Differentiation. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. Washington, DC, v.4, n.1, p. 98-114, 2000.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 17, n. 1, p.69-84, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006>. Acesso em: 05 nov. 2016.

GIL, Isabel Maria de Assunção. *Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e*

Psiquiatria. 2010. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18217>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

GIL, Isabel Maria de Assunção; SANTOS, José Carlos Pereira; LOUREIRO, Luís de Jesus. Estigma em estudantes de enfermagem: antes e depois do contacto com pessoas com transtornos mentais. *Revista Enfermagem Uerj*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.1-7, 12 jul. 2016.

GOFFMAN, Erving. Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988. Tradução: Mathias Lambert.

GYLLENSTEN, Amanda Lundvik et al. Attitudes in Healthcare Students Towards Mental Illness a pre and post Multicenter University Program Survey. *Ijahsp*, Chicago, v. 9, n. 3, p.1-8, 2011. Disponível em: <<http://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol9/iss3/11/>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

HICKLING, Frederick W.; ROBERTSON-HICKLING, Hilary; PAISLEY, Vanessa. Desinstitutionalization and attitudes toward mental illness in Jamaica: a qualitative study. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington DC, v. 29, n. 3, p.169-176, mar. 2011.

HINSHAW, Stephen P.. *The Mark of Shame: Estigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. New York: Oxford, 2006.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo C. Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.* [S.I.], v. 27, n. 1, p.363-385, ago. 2001. Disponível em: <<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

LUCCHESI, Roselma; BARROS, Sônia. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 43, n. 1, p.152-160, mar. 2009.

LÓPEZ, Marcelino et al. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatria*. Madrid, v. 28, n. 1, p.43-83, 2008.

LUIS, Margarita Antônia Villar. Os rumos do cuidado em Saúde Mental. In: SOARES, Marcos Hirata; BUENO, Sonia Maria Villela (Org.). *Saúde Mental: Novas Perspectivas*. São Paulo: Yendis, 2011. p. 55-68.

MACHADO, Roberto. *Foucault, a ciência e o saber*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARKSTRÖM, Urban et al. Attitudes towards mental illness among health care students at universities – A follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today*, [s.i.], v. 29, n. 6, p.660-665, ago. 2009.

MILLER, Carol T.; MAJOR, Brenda. Coping with Stigma and Prejudice. In: Todd F. et al. (Org). *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press, 2003. 243-272

MINO, Yoshio et al. Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*. Tokyo, v. 55, n. 5, p.501-507, out. 2001.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Org.). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

NORDT, C.; ROSSLER, W.; LAUBER, C.. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*. [S.l.], v. 32, n. 4, p.709-714, 2006.

OLIVEIRA, Sandra; CAROLINO, Luísa; PAIVA, Adriana. Programa Saúde Mental Sem: Efeitos de Estratégias Diretas e Indiretas nas Atitudes Estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 8, p.30-37, 2012.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, direitos humanos e legislação*. Genebra: WHO, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. acesso em: 05 nov. 2016.

_____. *Relatório Mundial da Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: WHO, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

PEDRÃO, Luiz J. et al. Atitudes frente a doença mental: Estudo comparativo entre ingressantes e formandos em Enfermagem. *Revista Medicina Ribeirão Preto*. São Paulo, v. 36, n. 1, p.37-44, 30 mar. 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/view/533>>. Acesso em: 05 nov. 2016

PENN, David L.; COUTURE, Shannon M. Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry*. [S.I.], v.1, n.1, p. 20 - 21, feb. 2002.

PHELAN, Jo et al. Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. [S.l.], v. 24, n. 1, p.115-126, 1 jan. 2000.

PHELAN, Jo. Genetic bases of mental illness – a cure for stigma? *Trends In*. [S.l.], v. 25, n. 8, p.430-431, ago. 2002.

PHELAN, Jo; LINK, Bruce; DOVIDIO, John. Estigma e preconceito: um animal ou dois ? In: MONTEIRO, Simone; WILZA (Org.). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 183-201.

PIMENTEL, Fernanda de Almeida; VILLARES, Cecília Cruz; MATEUS, Mário Dinis. de combate ao estigma na saúde mental. In: MATEUS, Mário Dinis (Org.). *Políticas de saúde mental: Baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 306-321.

RANGEL, Mary. Conceitos Básicos de representação social. In: III Seminário Nacional de e poder: Tensões de um país em mudança. 2003, Niterói. Livro de Resumos. Niterói: 2003.

REINKE, Rebecca R. et al. Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal Of Social And Clinical Psychology*. New York, v. 3, n. 23, p.377-389, 2004.

RODRIGUES, Claudio Roberto Carvalho. Atitudes frente a doença mental: Estudo de uma amostra de profissionais da saúde. 1983. 148 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, 1983.

ROMANO, Angelina M.M. Evolução das atitudes de alunos de enfermagem frente aos transtornos mentais, opção de escolha da profissão e preferência por áreas específicas de atuação. 2016. 104f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2016.

SANTOS, Irma Maria de M; BARROS, Sônia; SANTOS, Jussara Carvalho dos. Projetos culturais nos centros de atenção psicossocial: Um desafio em direção à cidadania. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 8, n. 20, p.114-136, 2016.

SARTORIUS, Norman; SCHULZE, Hugh. Reducing the Stigma of Mental Illness. New York: Cambridge, 2005.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, v. 13, n. 4, p.591-595, ago. 2005.

SILVEIRA, Pollyanna Santos da et al. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. Estudos de Psicologia. Natal, v. 16, n. 2, p.131-138, ago. 2011.

SIQUEIRA, Ranyella de; CARDOSO, Hélio Rebello. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. Imagonautas. Galicias, v. 2, n. 1, p. 92-113, 2011. em: <<http://hdl.handle.net/11449/127032>> Acesso em: 05 nov. 2016.

SCHULZE, B. et al. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. [S.I.], v. 107, n. 2, p.142-150, fev. 2003.

STUART, Heather; ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio. A Public Health Perspective on the Stigmatization of Mental Illnesses. Public health reviews. Londres, v. 2, n. 34, p.1-18, 2012. Disponível em: <<http://www.publichealthreviews.eu/show/p/112>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

_____. Community Attitudes toward People with Schizophrenia. The Canadian Journal of Psychiatry. [S.I.], v. 46, n. 3, p.245-252, abr. 2001.

TAVARES, Renata Rossi; PEDRÃO, Luiz Jorge. Análise comparativa da opinião de unidades psiquiátricas sobre a pessoa em sofrimento. Cogitare Enfermagem. Curitiba, v. 8, n. 2, p.75-86, 31 dez. 2003. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1697>>. Acesso em: 05 nov. 2016.

THORNICROFT, Graham et al. Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. International Journal Of Mental Health Systems. Londres, v. 2, n. 1, p.1-7, abr.2008.

THORNICROFT, Graham et al. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? British Journal Of Psychiatry. [S.I.], v. 190, p.192-193, 2007. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

VIANA, Maria Carmen et al. São Paulo Megacity: Um estudo epidemiológico de base avaliando a morbidade psiquiátrica na Região Metropolitana de São Paulo: objetivos, desenho

e implementação do trabalho de campo. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 4, n. 31, p.375-386, 2009.

World Health Organization (WHO). Mental Health Atlas. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/>. Acesso em: 05 nov. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Descrição da Disciplina de Saúde Mental do Curso Técnico de Enfermagem do CEFET/NI

| TEMA 1: História da Loucura e da Psiquiatria | |
|---|--|
| CONTEÚDO | <ul style="list-style-type: none"> - As diversas mudanças históricas no padrão e conceito de loucura; - Desenvolvimento da psiquiatria em diversos contextos históricos; - História da psiquiatria brasileira. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar que o transtorno mental sofreu mudanças de compreensão conforme as mudanças de contexto histórico; - Compreender como historicamente se estruturou a psiquiatria no Brasil; - Identificar na atualidade algumas repercussões históricas do modo de assistir o portador de transtorno mental. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva sobre o tema; - Aula expositiva com professor de história e antropologia; - Levantamento e discussão acerca do conhecimento dos alunos sobre locais e métodos de assistência ao portador de transtorno mental; - Atividade recomendada: exposição virtual do Centro Cultural Ministério da Saúde – Hospício Pedro II. |
| TEMA 2: Estigma e a Relação com a História da Humanidade e da Loucura | |
| CONTEÚDO | <ul style="list-style-type: none"> - Conceito, origem e tipos de estigma; - Estigma como processo social; - Contribuição dos contextos históricos para mudanças no curso do estigma associado ao transtorno mental; - A relação do estigma com as transformações ocorridas na psiquiatria; - Hospital Psiquiátrico de Barbacena como exemplo prático da institucionalização do transtorno mental no início do século XX no Brasil. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Compreender os conceitos associados ao estigma; - Compreender a formação do estigma e sua modificação no decorrer da história da humanidade; - Identificar possíveis consequências do estigma para o portador de transtorno mental; - Perceber, a partir dos documentários, estigmas associados com a restrição social e a irrecuperabilidade. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva sobre o tema; - Apresentação e discussão da reportagem jornalística: <i>Museu da loucura – História dos hospícios</i>; - Apresentação e discussão do documentário <i>Em nome da razão – Nos porões da loucura</i>; - Discussão sobre estigmas identificados pelos alunos a partir dos vídeos assistidos; - Leitura recomendada para futuras discussões – livro <i>Holocausto Brasileiro</i>; |

| TEMA 3: Reinserção Social do Portador de Transtorno Mental como Forma de Combate do Estigma I | |
|---|---|
| CONTEÚDO | - O uso dos blocos de carnaval como veículo de reinserção social. |
| OBJETIVOS | - Reconhecer que portadores de transtornos mentais são capazes de se integrar à sociedade. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | - Atividade previamente organizada: participação voluntária, como observadores, de blocos de carnaval que têm participação de usuários dos serviços de atenção psicossocial; - Apresentação pelos alunos de suas experiências nos blocos de carnavais. |
| TEMA 4: Movimento Antimanicomial | |
| CONTEÚDO | - Origem dos movimentos de luta antimanicomial; - Os direitos dos portadores de transtornos mentais nas legislações antigas; - Movimento antimanicomial e a luta pelos direitos dos portadores de transtornos mentais; - Como funciona a mobilização dos portadores de transtornos mentais dentro do movimento antimanicomial. |
| OBJETIVOS | - Conhecer a constituição e funcionamento dos movimentos de luta antimanicomial; - Conhecer as leis que antecederam a Política Nacional de Saúde Mental e compreender a associação delas com estigmas relacionados a irrecuperabilidade, violência, falta de responsabilidade civil; - Conhecer e compreender a importância e a capacidade dos portadores de transtorno mental de lutar pelos seus direitos; - Reconhecer estigmas associados à perda de direitos. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | - Discussão sobre algumas ações dos movimentos antimanicomiais voltadas para a luta dos direitos dos portadores de transtornos mentais; - Apresentação e discussão das leis antigas que versavam sobre transtorno mental: Decreto-lei 1.132/1903; Decreto-lei 24.559/1934; - Organização da Semana de Luta Antimanicomial com apresentação de camisas temáticas. |
| TEMA 5: Processo de Reforma Psiquiátrica | |
| CONTEÚDO | - No que consiste a reforma psiquiátrica; - Os movimentos em prol da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil; - Discussão sobre conceitos de saúde/doença, transtorno mental, normal/patológico. |
| OBJETIVOS | - Compreender as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica; - Conhecer concepções acerca de saúde/doença, transtorno mental, normal/patológico e compreender que as diferenças nos conceitos podem mudar rótulos diagnósticos. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | - Aula expositiva sobre o tema. |

| TEMA 6: Lei 10.216/2001 | |
|--|--|
| CONTÉUDO | <ul style="list-style-type: none"> - Proteção e direitos dos portadores de transtorno mental; - Redirecionamento dos modelos de assistência; - Regimes de internação hospitalar; - Desenvolvimento de CAPS, residência terapêutica, programa de volta para casa, cooperativas sociais e outras modalidades de assistência à saúde e social. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Compreender a necessidade de criação de legislação própria sobre a assistência a portadores de transtorno mental; - Identificar as situações possíveis de internação hospitalar; - Conhecer os métodos alternativos à internação hospitalar; - Identificar as consequências negativas de uma internação hospitalar. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva sobre o tema; - Discussão sobre internação hospitalar com características asilares a partir da leitura prévia de partes do livro <i>Holocausto brasileiro</i>. |
| TEMA 7: Modelos Alternativos de Assistência à Saúde e Social ao Portador de Transtorno Mental | |
| CONTÉUDO | <ul style="list-style-type: none"> - Centro de atenção psicossocial; - Residência terapêutica; - Programa de volta para casa; - Cooperativa social. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as características e o modo de funcionamento das diversas formas de assistência ao portador de transtorno mental; - Entender a necessidade da ampliação dos serviços alternativos à internação hospitalar. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva sobre o tema; - Apresentação do funcionamento do Programa de Saúde Mental do município de Paracambi. |
| TEMA 8: O Estigma e os Novos Padrões de Assistência ao Portador de Transtorno Mental | |
| CONTÉUDO | <ul style="list-style-type: none"> - O CAPS como forma de enfrentamento do estigma. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Entender como o estigma social pode ser diminuído com modelos substitutivos a internação hospitalar; - Reconhecer estigmas e autoestigmas a partir da reportagem. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da reportagem <i>Saúde mental – CAPS</i>; - Levantamento pelos alunos, a partir da reportagem, dos estigmas que podem ser minimizados pelo modelo de atenção do CAPS; - Discussão com os alunos sobre o levantamento dos estigmas identificados. |
| TEMA 9: Reinserção Social do Portador de Transtorno Mental como Forma de Combate do Estigma II | |
| CONTEÚDO | <ul style="list-style-type: none"> - O uso das residências terapêuticas como veículo de reinserção social e de combate aos estigmas. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer que o retorno da vida em sociedade é um benefício que reduz estigmas sociais e autoestigmas; - Reconhecer estigmas e autoestigmas a partir das reportagens. |

| | |
|---|--|
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da reportagem <i>Saúde mental – Residências terapêuticas</i>; - Apresentação da reportagem <i>Quebrando paradigmas</i>; - Levantamento pelos alunos, a partir das reportagens, dos estigmas que podem ser minimizados por meio da reinserção social, como também os estigmas internalizados que foram observados; - Discussão com os alunos sobre o levantamento dos estigmas identificados. |
| TEMA 10: Transtornos de Personalidade e Comportamento | |
| CONTEÚDO | <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento da personalidade; - Caracterização geral e específica dos transtornos de personalidade e comportamento; - Tratamentos, terapias, intervenções e ações de enfermagem. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Compreender a diferença entre transtornos e alterações de personalidade; - Reconhecer nos indivíduos problemas decorrentes do transtorno e auxiliar a equipe de saúde mental e a própria pessoa na escolha da melhor intervenção e cuidados; - Identificar, por meio de histórias pessoais, a forma como a sociedade enxerga esse transtorno. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva sobre o tema; - Uso da internet para consulta de casos apresentados pela mídia. |
| TEMA 11: Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista | |
| CONTEÚDO | <ul style="list-style-type: none"> - Conceito; - Principais características; - Fatores e cuidados que causam influência no desenvolvimento físico, intelectual, social, escolar e emocional da criança; - Como proporcionar cuidados de enfermagem a crianças nesse contexto; - Apoio à família de crianças com deficiência intelectual e autismo. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o conhecimento sobre o assunto; - Compreender a necessidade de adaptar cuidados a essas crianças, mas não deixar de fazê-lo; - Reconhecer a presença do estigma familiar. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva sobre o tema; - Leitura recomendada para futuras discussões: livro <i>Brilhante</i>. |
| TEMA 12: Os Estigmas Associados aos Transtornos Diagnosticados na Infância | |
| CONTEÚDO | <ul style="list-style-type: none"> - Preconceito e discriminação social associados à deficiência intelectual e ao transtorno de espectro autista; - O afastamento da sociedade de crianças, adolescentes e adultos com deficiência intelectual e transtorno de espectro autista. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Identificar que os conceitos de normal e anormal vigentes na sociedade influenciam a perspectiva de socialização de crianças, adolescentes e adultos com esses transtornos; - Reconhecer que pessoas com deficiência intelectual e com autismo sofrem autorretração social. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva sobre o tema; - Discussão sobre o filme previamente assistido: <i>Uma lição de</i> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <p><i>amor</i>;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussão sobre a leitura recomendada: livro <i>Brilhante</i>; - Discussão sobre a participação no evento Sessão Azul. |
| TEMA 13: Transtornos Ansiosos | |
| CONTEÚDO | <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização de ansiedade e de seus transtornos associados; - Tratamentos, terapias, intervenções e ações de enfermagem. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer nos indivíduos problemas decorrentes do transtorno e auxiliar a equipe de saúde mental e a própria pessoa na escolha da melhor intervenção e cuidados para reabilitação psicossocial; - Identificar a partir da leitura proposta a presença de características do autoestigma. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva sobre o tema; - Discussão sobre o documentário <i>TOC</i>. |
| TEMA 14: Transtorno do Humor | |
| CONTEÚDO | <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização da depressão e do transtorno bipolar; - Tratamentos, terapias, intervenções e ações de enfermagem; - Suicídio. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer nos indivíduos problemas decorrentes do transtorno e auxiliar a equipe de saúde mental e a própria pessoa na escolha da melhor intervenção e cuidados para reabilitação psicossocial; - Identificar indícios para o suicídio, atuando na sua prevenção; - Compreender o processo de medicalização dos sentimentos; - Identificar estigmas associados à depressão. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva sobre o tema; - Apresentação de cartas (públicas) de suicidas; - Leitura prévia do artigo “Experiências do estigma na depressão: um estudo transcultural”; - Palestra sobre medicalização dos sentimentos; - Uso da internet para consulta de casos apresentados pela mídia. |
| TEMA 15: Esquizofrenia | |
| CONTEÚDO | <ul style="list-style-type: none"> - Caracterização da esquizofrenia; - Tratamentos, terapias, intervenções e ações de enfermagem nas situações estabilizadas, nas crises e em pessoas com transtornos crônicos; - Estigmas associados à esquizofrenia; - Estigma e mídia. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer nos indivíduos problemas decorrentes do transtorno e auxiliar a equipe de saúde mental e a própria pessoa na escolha da melhor intervenção e cuidados para reabilitação psicossocial; - Identificar na mídia a presença de estigmas; - Compreender como o estigma altera a vida de um portador de esquizofrenia e sua família. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | <ul style="list-style-type: none"> - Aula expositiva sobre o tema; - Discussão sobre os vídeos previamente assistidos: <i>Seguir em frente, Vencendo a esquizofrenia; A casa de saúde Dr. Eiras e Reforma psiquiátrica; Eleanor Longdem – As vozes da minha cabeça; Eu não sou um monstro; Ouvidores de vozes; Di capacitados</i>. |

| TEMA 16: Esquizofrenia e Estigma da Violência | |
|---|--|
| CONTEÚDO | - O estereótipo da violência na esquizofrenia. |
| OBJETIVOS | - Identificar fatores e estigmas que possam explicar a associação da violência com a esquizofrenia; - Reconhecer que a caracterização do esquizofrênico como violento produz dificuldades na sua recuperação. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | - Discussão sobre os conteúdos de sites/blogs previamente visitados: <i>Memórias de um esquizofrênico</i> , <i>Entendendo a esquizofrenia</i> ; - Discussão do artigo “Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas”. |
| TEMA 17: Estigmas Relacionados com a Origem e o Desenvolvimento dos Transtornos Mentais | |
| CONTEÚDO | - Como estereótipos e estigmas relacionados à origem e ao desenvolvimento de transtornos mentais interferem no processo de adoecimento/reabilitação. |
| OBJETIVOS | - Reconhecer a relação entre falta de informação e estigma; - Identificar com a ajuda do documentário os variados fatores que podem colaborar com o desenvolvimento de transtornos mentais e a relação deles com a formação do estigma. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | - Discussão baseada no documentário <i>Estamira</i> . |
| TEMA 18: Transtornos da Alimentação | |
| CONTEÚDO | - Caracterização da anorexia nervosa e da bulimia nervosa; - Tratamentos, terapias, intervenções e ações de enfermagem. |
| OBJETIVOS | - Reconhecer nos indivíduos problemas decorrentes do transtorno e auxiliar a equipe de saúde mental e a própria pessoa na escolha da melhor intervenção e cuidados para reabilitação psicossocial; - Identificar sinais e sintomas, consequentes aos distúrbios da alimentação, que caracterizam risco à vida; - Identificar estigmas associados aos transtornos de alimentação. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | - Aula expositiva sobre o tema; - Discussão dos documentários <i>Diário da anorexia</i> e <i>Thin</i> ; - Uso da internet para consulta de blogs pró-ana e pró-mia. |
| TEMA 19: Estigmas Relacionados aos Transtornos Mentais | |
| CONTEÚDO | - Experiências estigmatizantes vivenciadas por portadores de transtornos mentais. |
| OBJETIVOS | - Identificar estigmas e compreender sua formação pelo ponto de vista do portador de transtorno mental. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | - Encontro com portador de transtorno mental; - Discussão com os alunos e convidados para aula sobre os vídeos previamente assistidos: <i>Uma mente brilhante</i> e <i>Geração Prozac</i> . |
| TEMA 20: Uso Abusivo de Drogas | |
| CONTEÚDO | - Tipos de drogas lícitas e ilícitas e suas características; - Tratamentos, terapias, intervenções e ações de enfermagem; - Apresentação da Política Nacional sobre Drogas. |
| OBJETIVOS | - Ampliar o conhecimento sobre drogas; - Reconhecer nos indivíduos problemas decorrentes do uso abusivo de drogas e auxiliar a equipe de saúde mental e a própria pessoa na escolha da melhor intervenção e cuidados para reabilitação |

| | |
|---|---|
| | psicossocial em indivíduos estabilizados ou nas crises; - Identificar sinais e sintomas, conseqüentes ao uso de drogas, que caracterizam risco à vida. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | - Aula expositiva sobre o tema. |
| TEMA 21: Estigma e Drogas | |
| CONTEÚDO | - Os estigmas associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas. |
| OBJETIVOS | - Reconhecer e compreender a presença e a formação de estigmas associados ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas; - Identificar as conseqüências para prevenção, detecção e tratamento dos usuários de drogas lícitas e ilícitas. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | - Aula expositiva com base no módulo 1 do curso SUPERA do Ministério da Justiça e Cidadania. |
| TEMA 22: O Estigma do Profissional de Saúde | |
| CONTEÚDO | - A influência do profissional de saúde no processo de estigmatização ao portador de transtorno mental. |
| OBJETIVOS | - Compreender que o modo de agir e pensar dos profissionais de saúde pode estar relacionado com o estigma associado ao portador de transtorno mental; - Identificar que a concepção de transtorno mental do profissional de saúde pode perpetuar o estigma ou ser usada para combatê-lo; - Reconhecer alguns estigmas reproduzidos por profissionais de saúde. |
| ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS | - Discussão, a partir de leitura prévia, dos seguintes artigos sobre estigma profissional e concepções de transtorno mental por profissionais de saúde: “A concepção de loucura e do seu tratamento entre os trabalhadores de saúde mental de uma instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção” e “Saúde mental na percepção de trabalhadores de um CAPSi”. |
| BIBLIOGRAFIA | |
| <p>A casa de saúde Dr. Eiras e a Reforma Psiquiátrica. Realização TV Brasil. Brasil. 2015. Vídeo jornalístico. (13 min). Disponível em https://www.youtube.com/watch?=&IShPfTHXSSk. Acesso em: 13 nov. 2016.</p> <p>AMARANTE, Paulo (Org.). Saúde Mental, Políticas e Instituições: Programa de Educação a Distancia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.</p> <p>ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial, 2013.</p> <p>BRASIL. Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro, RJ, 24 dez. 1903.</p> <p>BRASIL. Decreto nº 24559, de 03 de julho de 1934. Dispõe Sobre a Profilaxia Mental, a Assistência e Proteção a Pessoa e aos Bens dos Psicopatas, A Fiscalização dos Serviços Psiquiátricos e Dá Outras Providências. Rio de Janeiro, RJ, 04 abr. 1934.</p> <p>BRASIL. Ministério da Justiça e da Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. (Ed.). Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil. Brasília, 2011. 106 p.</p> | |

BRASIL. Ministério da Justiça e da Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. (Ed.) **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. 10. ed. Brasília: Mjc, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cinco Artistas em Engenho de Dentro**. 2016. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/cincoartistas/emygdio.php>. Acesso em: 13 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 - 2002**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 2004 - 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao_em_saude_mental_2004_a_2010.pdf. Acesso em: 13 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental: Caderno de Atenção Básica 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 13 nov. 2016.

CAERAN, J.; DIAS, H.Z.J. Saúde Mental na percepção de trabalhadores de um CAPSi. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.115-133, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13s1/1981-7746-tes-13-s1-0115.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2016.

Di capacitados. Direção Pepe Martinez. Espanha. 2015. Documentário (1h14min).

Diário da anorexia. Realização de Rede de Tv Odisea. Espanha. 2008. Documentário (40 min).. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=XU9ce2m4Go4>. Acesso em: 13 nov. 2016.

Eleanor Longden – As vozes da minha cabeça. Realização site TED. EUA. 2013. Palestra (15 min). Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=syjEN3peCJw>. Acesso em: 13 nov. 2016.

Em nome da razão – Nos porões da loucura. Direção de Helvécio Rattón. Brasil. 1979. Documentário (24 min.). Disponível em: http://www.dailymotion.com/video/x247d5a_em-nome-da-razao-um-filme-sobre-os-poro-es-da-loucura-1979_shortfilms. Acesso em: 13 nov. 2016.

ESTAMIRA. Direção de Marcos Prado. Brasil, 2006. Filme (120 min).

Eu não sou um monstro. Realização site TED. EUA. 2017. Palestra (15 min). Disponível <https://www.youtube.com/watch?v=G3Ys190BKHQ>. Acesso em: 13 set. 2017.

FERREIRA, Mariana; FERREIRA, Gustavo. **Museu da loucura – História dos hospícios**. 2015. (15 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5s2EIIhit1c>. Acesso em: 13 nov. 2016.

GERAÇÃO Prozac. Direção de Erik Skjoldbjaerg. EUA, 2001. Filme (100 min.).

Holocausto Brasileiro. Direção Daniela Arbex e Armando Mendez. Brasil. 2016. Documentário (90 min).

<http://entendendoaesquizofrenia.com.br/website>

<http://memoriasdeumesquizofrenico.blogspot.com.br>

MELLO, Inaiá Monteiro. **Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental na Prática**. São Paulo: Atheneu, 2008.

MOREIRA, Virginia; TELLES, Thabata Castelo Branco. Experiências do estigma na depressão: um estudo transcultural. **Psico-USF**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p.233-241, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n2/v13n2a10.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

NISE – O coração da loucura. Direção Roberto Berlinder. Brasil. 2015. Filme (1h46min.)

Ouidores de vozes. Realização canal Futura. Brasil. 2017. Documentário (53 min). <https://www.youtube.com/watch?v=trBx7JCL79U>. Acesso em: 13 set. 2017.

PUGIN, V.M.; BARBÉRIO, Y.C.; FILIZOLA, C.L.A. A concepção de loucura e do seu tratamento entre os trabalhadores de Saúde mental de uma Instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. , p.59-68, 1997.

Quebrando paradigmas psiquiátricos. Realização da TV Band. Brasil. 2013. Reportagem jornalística (73 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fmtcek2PcPo>. Acesso em: 13 nov. 2016.

Saúde Mental - CAPS. Realização de TV Band. Brasil. 2013. Reportagem jornalística. (64 min.). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=06TvtqPSGjE>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

Saúde Mental – Residência Terapêutica. Realização de TV Band. Brasil. 2012. Reportagem jornalística (30 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=211Rk1IM2xw>. Acesso em: 13 nov. 2016.

Seguir em frente – Vencendo a esquizofrenia. Realização da Rede Vida. Brasil. 2014. Entrevista (9 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=16q6NbbecoY>. Acesso em: 13 nov. 2016.

SIQUEIRA, José Rubens; BARNETT, Kristine. **Brilhante: A Inspiradora História de Uma Mãe e Seu Filho Gênio e Autista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

STUART, Gail; LARAIA, Michele. **Enfermagem Psiquiátrica Princípios e Prática**. 6ª. ed. Porto Alegre, 2001.

TEIXEIRA, Eduardo Henrique et al. Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.i.], v. 56, n. 2, p.127-133, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n2/a09v56n2.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

TEIXEIRA, M. B.; MELLO, I. M.; GRANDO, L. H.; FRAIMAN, D. P. Manual de enfermagem psiquiátrica. São Paulo: Atheneu, 2001.

Thin - Descobrimo o que existe por trás da bulimia e anorexia nervosa. Direção Lauren Greenfiel. EUA. 2006. Documentário (1h42min).

TOC - A História Real de Uma Vida Perdida Em Pensamentos. Realização de Rede de Tv Odisea. 2008. Espanha. Documentário (30 min). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=XU9ce2m4Go4>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

UMA LIÇÃO de Amor. Direção de Jessie Nelson. EUA, 2001. Filme(133 min.).

UMA MENTE brilhante. Direção de Ron Howard. EUA, 2002. Filme(140 min.).

APÊNDICE 2 – Identificação dos dados sociodemográficos

INFORMAÇÕES PESSOAIS

IDADE:

SEXO: () F () M

MUNICÍPIO ONDE RESIDE:

TEM CONTATO OU CONHECE ALGUMA PESSOA QUE FOI DIAGNOSTICADA COM DOENÇA MENTAL ?

() SIM () NÃO

() FAMILIAR () AMIGO

APÊNDICE 3 – Avaliação das estratégias de ensino e aulas da disciplina Saúde Mental

Responda às questões abaixo em relação às estratégias de ensino e às aulas que você assistiu, lembrando que não existe resposta correta ou errada, a sua opinião é que vale.

1) Em qual ou quais temas apresentados no decorrer da disciplina de saúde mental você identificou a proposta de combate ao estigma associado ao transtorno mental?

2) Qual ou quais estratégias de ensino usadas em conjunto com as aulas teóricas da disciplina de saúde mental mais influenciou/influenciaram seu aprendizado?

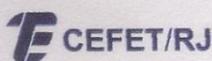
3) O que achou da experiência de participar de uma aula tendo como palestrante um portador de transtorno mental? Identifique o que mudou em você.

APÊNDICE 4 – Carta de anuência



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA CELSO SUCKOW DA FONSECA



CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sr. Diretor do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca UNED-NI

Solicito autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *Influência do ensino de Saúde Mental na modificação de atitudes estigmatizantes associadas ao transtorno mental, dos alunos técnicos de Enfermagem*, a ser realizada no do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca UNED-NI, pela professora Marcela dos Santos Ferreira, com o(s) seguinte(s) objetivo(s): Avaliar as atitudes estigmatizantes dos alunos técnicos de Enfermagem, frente ao transtorno mental, antes e após o ensino de Saúde Mental com orientação antiestigmatizante, através da Escala de Medida de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental (ODM); Analisar a influência da Disciplina Saúde Mental na mudança de atitudes estigmatizantes dos alunos técnicos de Enfermagem, em relação ao transtorno mental. Necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos, em 2017, dos discentes no transcorrer da Disciplina Saúde Mental, do curso Técnico de Enfermagem dessa Instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressalto que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradeço antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2016.

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

Marcela dos S. Ferreira
Pesquisador (a) Responsável do Projeto

Luane Traves
Nome completo

Diretoria da Instituição onde será realizada a pesquisa

LUANE DA C. P. L. FRAGOSO, Dra.
DIRETORA
CEFET-RJ/UnED-NI
SIAPE Nº 1301258

ENDEREÇO Estrada de Adrianópolis, 1.317 - Santa Rita - Nova Iguaçu/RJ
Email: cceccella@hotmail.com

APÊNDICE 5 – Termo de consentimento livre e esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) de uma pesquisa intitulada Influência do Ensino de Saúde Mental na Modificação de Atitudes Estigmatizantes Associadas ao Transtorno Mental dos Alunos Técnicos de Enfermagem, que está descrita em detalhes abaixo. A pesquisadora responsável pela pesquisa é Marcela dos Santos Ferreira, sendo orientada por Maria Cecília de Araújo Carvalho. Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, de acordo com a exigência da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e está vinculada ao Programa de Pós-graduação da EPSJV (mestrado em educação profissional em saúde). Para decidir se você deve concordar ou não em participar da pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo(a) e esclarecê-lo(a) de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais passará.

1. Identificação do(a) voluntário(a) da pesquisa (aluno(a)):

Nome: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: () _____

Responsável Legal: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: _____ - _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: () _____

2. Objetivo da pesquisa:

Objetivo geral

- Examinar a existência do estigma associado ao transtorno mental presente nos alunos do curso técnico de enfermagem e a importância do ensino de saúde mental no seu enfrentamento.

Objetivos específicos

- Avaliar as atitudes estigmatizantes dos alunos técnicos de enfermagem em relação ao transtorno mental antes e após o ensino de saúde mental, com orientação antiestigmatizante, por meio da Escala de Medida de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental.

- Analisar a influência da disciplina de saúde mental na mudança de atitudes estigmatizantes dos alunos técnicos de enfermagem em relação ao transtorno mental.

3. Descrição das etapas da pesquisa:

A pesquisa, autorizada pelo CEFET/NI, terá início com aprovação pelo Comitê de Ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. No início das aulas, os alunos matriculados no primeiro ano do curso técnico de enfermagem serão convidados verbalmente, em sala de aula, para participar da pesquisa, de forma voluntária e sem precisar revelar os seus nomes. Nessa ocasião serão informados os objetivos do estudo e a importância da participação dos alunos, assim como a maneira que a pesquisa será realizada e a necessidade da autorização (do(a) aluno(a) ou do responsável, nos casos de menores de idade) por meio de assinatura deste termo que você lê. Será marcada data para recolhimento deste termo e data de início da pesquisa. Na pesquisa será feito o preenchimento pelos alunos dos questionários a seguir: Escala de Medidas de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental; Avaliação das Estratégias de Ensino. Durante a disciplina ocorrerá o registro das observações pelo professor sobre a maneira como os alunos reagem ao ensino antiestigmatizante utilizado durante a disciplina de saúde mental. O preenchimento dos questionários da pesquisa pelos alunos, no início e um mês após o fim da disciplina de saúde mental, ocorrerá em sala de aula, após as orientações sobre o seu preenchimento. A professora (que também é a responsável pela pesquisa) ficará em sala de aula para esclarecer as dúvidas dos alunos que possam surgir.

4. Descrição dos desconfortos, riscos da pesquisa e benefícios:

Os riscos eventuais que poderão ocorrer são mínimos e estão relacionados ao desconforto emocional em relação à interação entre participante e pesquisador. Para minimizar a possibilidade desses tipos de riscos eventuais aos participantes serão respeitados os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, conforme prevê a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Contudo, esses eventuais riscos se justificam pelos benefícios futuros à população, pois os resultados deste estudo podem trazer benefícios para o ensino de saúde mental e para a assistência de enfermagem ao portador de transtorno mental.

5. Despesas, compensações e indenizações:

Você não terá despesa e não será pago por sua participação.

6. Direito de confidencialidade

Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros e imagens estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. Os resultados obtidos na pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu fui informado(a) verbalmente e por escrito sobre os dados desta pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante ela, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Este termo de consentimento é feito em duas vias, sendo que uma das vias ficará com a pesquisadora e a outras com o(a) participante da pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Voluntário(a)

Representante legal

Pesquisadora responsável

Email: cceccella@hotmail.com

Endereço: Estrada de Adrianópolis, 1.317, Santa Rita
Nova Iguaçu - RJ, CEP 26041-271

Telefone: (21) 2886-8911

Endereço do Comitê em Pesquisa da EPSJV

Av. Brasil, 4.365, Manginhos – Rio de Janeiro-RJ – CEP 21.040-900 – Tel. (21) 38659710 Email:
cep@fiocruz.br

APÊNDICE 6 – Termo de assentimento livre e esclarecido



Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa Influência do Ensino de Saúde Mental na Modificação de Atitudes Estigmatizantes Associadas ao Transtorno Mental dos Alunos Técnicos de Enfermagem. Neste estudo queremos avaliar as atitudes estigmatizantes antes e após a disciplina de saúde mental e também analisar a influência da disciplina na modificação dessas atitudes.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de diminuir o estigma (rótulos criados pela sociedade) aos portadores de transtorno mental (também conhecidos como doentes mentais), sendo que uma das formas é por meio de um ensino modificado.

O estudo será composto pelas seguintes etapas: a pesquisa, autorizada pelo CEFET/NI, terá início com aprovação pelo Comitê de Ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. No início das aulas, os alunos matriculados no primeiro ano do curso técnico de enfermagem serão convidados verbalmente, em sala de aula, para participar da pesquisa, de forma voluntária e sem revelar seus nomes. Nessa ocasião serão informados os objetivos do estudo e a importância da participação dos alunos, assim como a forma que a pesquisa será realizada e a necessidade da autorização do responsável. O questionário contendo as perguntas será preenchido pelo(a) próprio(a) aluno(a) com orientação da pesquisadora, que, neste caso, também é a professora da disciplina de saúde mental. Os alunos responderão a perguntas relacionadas a atitudes estigmatizantes e opiniões sobre a doença mental e também farão uma avaliação das estratégias de ensino usadas durante a disciplina. Durante a disciplina de saúde mental ocorrerá o registro das observações pela professora sobre a maneira como os alunos reagem ao ensino antiestigmatizante utilizado na disciplina. O preenchimento das respostas pelos alunos, no início e após um mês do fim da disciplina de saúde mental, ocorrerá em sala de aula, após as orientações dadas pela professora. A professora (pesquisadora) ficará em sala de aula para tirar dúvidas dos alunos que possam surgir.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento (permite que você participe da pesquisa). Você não terá nenhum custo, nem receberá nenhum pagamento. Será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo(a) pesquisadora, que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa. Seu nome ou o material que indica sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. As respostas dos alunos a essa pesquisa ficarão arquivadas com a pesquisadora responsável por um período de cinco (5) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade _____ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável

já assinado, declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Este termo de assentimento é feito em duas vias, sendo que uma das vias ficará com a pesquisadora e a outra com o(a) participante da pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) menor

Pesquisadora responsável

Email: cceccella@hotmail.com

Endereço: Estrada de Adrianópolis, 1.317, Santa Rita
Nova Iguaçu-RJ, CEP 26041-271

Telefone: (21) 2886-8911

Endereço do Comitê em Pesquisa da EPSJV

Av. Brasil, 4.365, Manguinhos – Rio de Janeiro-RJ – CEP 21.040-900 – Tel. (21) 38659710 Email:
cep@fiocruz.br

APENDICE 7 – Recomendações sobre o uso de estratégias pedagógicas no enfrentamento ao processo de estigmatização social.

Rio de Janeiro, 10 DE ABRIL DE 2018.

CONSIDERANDO os resultados obtidos com a pesquisa intitulada “Influência do ensino de Saúde Mental na modificação de atitudes estigmatizantes de alunos técnicos de Enfermagem” fruto da dissertação de mestrado em educação profissional em saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e a relevância social da temática, em especial para trabalhadores da área da saúde.

RECOMENDA:

I – AO CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA CELSO SUCKOW DA FONSECA:

- a) A manutenção da disciplina de Saúde Mental no Curso Técnico em Enfermagem, com a proposta de ensino antiestigmatizante, já que a mesma no ano de 2017 mostrou-se capaz de discutir e enfrentar estigmas associados aos portadores de transtorno mental;
- b) Incorporar na disciplina de Saúde Mental do curso Técnico de Enfermagem estratégias pedagógicas de contato com portadores de transtorno mental, pois as mesmas foram identificadas pelos próprios alunos na pesquisa já supracitada, como as que influenciaram mais o aprendizado dos mesmos;
- c) Introduzir no currículo regular do Curso Técnico em Enfermagem a discussão em torno no modelo de atenção a saúde mental em oposição aos modelos de atenção hospitalocêntrico, de forma a favorecer o enfrentamento da estigmatização dos portadores de transtorno mental.

II – A OUTRAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO NA ÁREA DA SAÚDE:

- a) Organizar as disciplinas de Saúde Mental ou afins, de forma a incluir estratégias pedagógicas que promoveram o contato direto e indireto dos alunos com os portadores de transtorno mental e que discutam de diversas formas o modelo de assistência

psicossocial a esses indivíduos e temáticas relacionadas, pois as mesmas mantêm relação com a modificação de atitudes estigmatizantes de estudantes na área da saúde.

III – A INSTITUIÇÕES DE ENSINO DE NÍVEL BÁSICO:

a) Estender algumas práticas e estratégias pedagógicas mais positivas, identificadas na pesquisa já supracitada, para alunos do ensino de nível básico de forma a enfrentar estigmas sociais, como os associados às deficiências físicas, as diferenças de gênero, as questões raciais, entre outros, comumente presente nos adolescentes. Estratégias como vídeos, documentários, projetos desenvolvidos pelos próprios alunos, assim como palestras com indivíduos estigmatizados estimulam alunos a discutir diversos estigmas e preconceitos sociais.

Marcela dos Santos Ferreira

SIAPE 144586

COREM 105086

ANEXOS

ANEXO 1 - Escala de Medidas de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental – Escala ODM

INSTRUÇÕES

As afirmações que se seguem, a partir da próxima página, são opiniões ou ideias sobre a doença e o doente mental. Entenda por doença mental todos os tipos de doenças que levam à internação do paciente em um hospital psiquiátrico ou que exige assistência frequente em algum serviço psiquiátrico ou que faz seguimento frequente em algum serviço psiquiátrico.

As opiniões são extremamente variáveis quanto a esses aspectos. Assim, muitas pessoas concordarão com várias das afirmações seguintes, enquanto que outras tantas discordarão delas. Para o nosso trabalho é importante saber a sua maneira de pensar e, dessa forma, pedimos que siga as seguintes instruções.

Cada uma das afirmações é acompanhada pelas seguintes alternativas:

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Solicitamos que você assinale com um X sobre o quadro que corresponde à alternativa que mais se aproxima daquilo que pensa sobre a afirmação. Esteja certo(a) de que muitos profissionais afins concordarão com a sua escolha. Não existem alternativas certas ou erradas. Estamos interessados apenas em sua opinião. É muito importante que você responda a todos os itens.

1. O esgotamento nervoso geralmente ocorre quando as pessoas trabalham demais.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

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

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

3. A maioria dos pacientes de hospitais psiquiátricos não são perigosos.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

4. Ainda que os pacientes possam ter um aspecto sadio após terem recebido alta de um hospital psiquiátrico, eles não deveriam ter permissão para se casar.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

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

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

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

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

7. As pessoas que são mentalmente doentes deixam-se dominar pelas emoções; as pessoas normais controlam-nas.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

8. As pessoas que já foram pacientes em hospitais psiquiátricos não são mais perigosas do que uma pessoa comum.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

9. Quando alguém tem um problema ou uma preocupação, é melhor não pensar no assunto e manter-se ocupado com coisas mais agradáveis.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Muitas pessoas tornam-se mentalmente doentes para fugir dos problemas difíceis da vida cotidiana, apesar de geralmente não estarem conscientes disto.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

11. Existe alguma coisa nos doentes mentais que torna fácil distingui-los das pessoas normais.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

12. Não se deve rir de pacientes nos hospitais psiquiátricos, mesmo que eles se comportem de forma cômica.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

13. A maioria dos pacientes psiquiátricos deseja trabalhar.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

14. Não se deve permitir que as crianças visitem seus pais internados em hospitais psiquiátricos.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

15. As pessoas bem sucedidas no trabalho raramente tornam-se mentalmente doentes.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

16. As pessoas não se tomariam mentalmente doentes se evitassem pensamentos negativos.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

17. Os pacientes em hospitais psiquiátricos são, sob muitos aspectos, como crianças.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

18. Deveriam ser liberadas mais verbas federais para o cuidado e tratamento de pessoas com doença mental grave.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

19. Um paciente psiquiátrico é completamente diferente de outros, como por exemplo, dos pacientes cardíacos.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

20. Os pacientes psiquiátricos são provenientes de lares onde os pais pouco se interessavam pelos filhos.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

21. Pessoas portadoras de doença mental nunca devem ser tratadas no mesmo hospital que pessoas com doenças físicas.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

22. Qualquer pessoa que firmemente tenta progredir merece o respeito alheio.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

23. Se nossos hospitais psiquiátricos tivessem um número suficiente de médicos, enfermeiros e auxiliares bem treinados, muitos pacientes recuperariam-se a ponto de poder viver fora do hospital.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

24. Uma mulher é insensata quando se casa com um homem que teve uma doença mental grave, mesmo que ele aparentemente esteja totalmente recuperado.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

25. Se filhos de pais mentalmente doentes fossem criados por um casal normal, provavelmente não se tornariam doentes mentais.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

26. As pessoas que já foram pacientes em um hospital psiquiátrico jamais serão como antes.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

27. Muitos pacientes psiquiátricos são capazes de desempenhar um trabalho especializado, mesmo sendo, em alguns aspectos, muito perturbados mentalmente.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

28. Nossos hospitais psiquiátricos se parecem mais com prisões do que com locais onde pessoas mentalmente doentes possam ser cuidados.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

29. Não se deve permitir que uma pessoa internada em hospital psiquiátrico vote.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

30. A doença mental de muitas pessoas é causada pela separação ou divórcio de seus pais durante a infância.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

31. A melhor forma de se lidar com pacientes em hospitais psiquiátricos é mantê-los a portas trancadas.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

32. Tornar-se paciente em um hospital psiquiátrico é tomar-se um fracasso na vida.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

33. Os pacientes de hospitais psiquiátricos devem ter direito a maior privacidade, ou seja, deve haver mais respeito à sua individualidade.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

34. Se um paciente em um hospital psiquiátrico atacar alguém, deve ser punido para que o fato não se repita.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

35. Se filhos de pais normais fossem criados por um casal mentalmente doente, provavelmente tornar-se-iam doentes mentais.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

36. Todo hospital psiquiátrico deve ser cercado por altos muros e ter vigilantes.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

37. Deve ser legalmente permitido que uma mulher se divorcie de seu marido assim que ele seja internado em um hospital psiquiátrico com uma doença mental grave.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

38. As pessoas que estão incapacitadas para o trabalho devido a uma doença mental devem receber auxílio financeiro para a sua manutenção.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

39. A doença mental é geralmente causada por alguma doença do sistema nervoso.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

40. Os pacientes com doença mental grave deixam de ser realmente humanos.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

41. A maioria das mulheres que já foram pacientes em hospitais psiquiátricos pode ter crianças pequenas entregues a seus cuidadores.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

42. A maioria dos pacientes em hospitais psiquiátricos não se preocupa com sua aparência.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

43. Os professores universitários têm maior probabilidade de se tomarem mentalmente doentes que os comerciantes.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

44. Muitas pessoas que nunca foram pacientes em um hospital psiquiátrico são mentalmente mais doentes do que muitos dos pacientes psiquiátricos hospitalizados.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

45. Embora alguns pacientes psiquiátricos pareçam estar bem, é perigoso esquecer que são mentalmente doentes.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

46. Às vezes a doença mental é uma punição por erros cometidos.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

47. Nossos hospitais psiquiátricos deveriam ser organizados de modo a permitir que o paciente se sentisse como se estivesse em sua própria casa.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

48. Uma das principais causas de doença mental é a falta de força moral ou força de vontade.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

49. Há pouco que possa ser feito pelos pacientes em hospitais psiquiátricos, além de cuidar de que tenham conforto e estejam bem alimentados.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

50. Muitos doentes mentais optariam por permanecer no hospital até que estivessem bem, mesmo que o hospital fosse mantido a portas abertas.

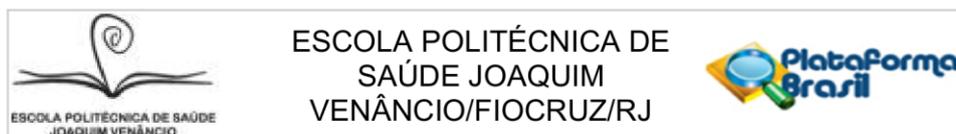
| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

51. Todos os pacientes de um hospital psiquiátrico deveriam ser cirurgicamente impedidos de procriarem.

| Concordo totalmente | Concordo | Em dúvida, mas provavelmente concordo | Em dúvida, mas provavelmente discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Por favor, verifique se não deixou algum item ou página sem resposta. Queremos agradecer novamente a contribuição dada ao nosso trabalho.

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência do Ensino de Saúde Mental na Modificação de Atitudes Estigmatizantes Associadas ao Transtorno Mental, dos Alunos Técnicos de Enfermagem.

Pesquisador: MARCELA DOS SANTOS FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62518716.7.0000.5241

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.884.837

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado profissional em Educação Profissional em Saúde, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), que se propõe a avaliar as atitudes estigmatizantes dos alunos do Curso Técnico de Enfermagem, frente ao transtorno mental, antes e após da disciplina Saúde Mental (construída com uma perspectiva anti-estigmatizante), e analisar a influência desse ensino na mudança de atitudes estigmatizantes dos alunos. Na descrição das etapas, a pesquisa aponta que a investigação será feita com alunos do Curso Técnico de Enfermagem, do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca/NI, aplicando-se a Escala de Medidas de atitudes estigmatizantes e opiniões sobre a doença mental (ODM). No desenvolvimento do estudo, destaca que, além da avaliação quantitativa, será realizado pelo docente registros de suas percepções acerca das respostas e atitudes dos alunos frente às estratégias de ensino aplicadas e uma avaliação pelos discentes sobre os métodos de ensino usados na disciplina Saúde Mental. Por fim, as medidas das atitudes estigmatizantes, obtidas por meio da Escala ODM, serão confrontadas com os dados obtidos da observação do docente e da avaliação discente da disciplina, e servirão para analisar como o ensino de Saúde Mental com orientação anti-estigmatizante consegue influenciar o estigma, associado ao

| | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Endereço: Avenida Brasil, 4365 | CEP: 21.040-900 |
| Bairro: Manguinhos | |
| UF: RJ | Município: RIO DE JANEIRO |
| Telefone: (21)3865-9710 | Fax: (21)3865-9729 |
| | E-mail: cep@fiocruz.br |



Continuação do Parecer: 1.884.837

transtorno mental, dos alunos técnicos de Enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo primário, a pesquisadora se propõe a examinar a existência do estigma associado ao transtorno mental, presente nos alunos do Curso Técnico de Enfermagem e a importância do ensino de saúde mental no seu enfrentamento. Já como secundários, avaliar as atitudes estigmatizantes dos alunos técnicos de Enfermagem frente ao transtorno mental, antes e após o ensino de Saúde Mental com orientação anti-estigmatizante, através da Escala de Medida de Atitudes Estigmatizantes e Opiniões sobre a Doença Mental (ODM) e; analisar a influência da Disciplina Saúde Mental na mudança de atitudes estigmatizantes dos alunos técnicos de Enfermagem, em relação ao transtorno mental.

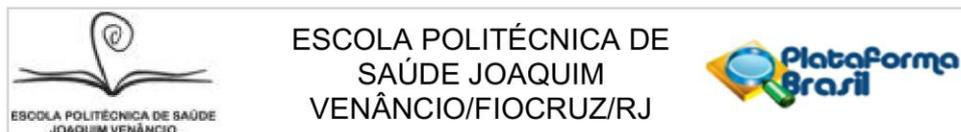
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando o formulário com Informações Básicas sobre o projeto, a pesquisadora descreve que, quanto aos riscos, estes são mínimos e eventuais e que poderão estar relacionados ao desconforto emocional em relação à interação entre participante e pesquisador. Argumenta que, para minimizar a possibilidade destes tipos de riscos eventuais aos participantes, serão respeitados os princípios da autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade, conforme prevê a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, há que se ressaltar o caráter anônimo do preenchimento dos instrumentos de pesquisa. No que diz respeito aos benefícios, defende que os resultados deste estudo podem trazer benefícios para o ensino de Saúde Mental e para a assistência de Enfermagem ao portador de Transtorno Mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado profissional em Educação Profissional em Saúde, desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), que se propõe a avaliar as atitudes estigmatizantes dos alunos do Curso Técnico de Enfermagem, frente ao transtorno mental, antes e após da disciplina Saúde Mental (construída com uma perspectiva anti-estigmatizante), e analisar a influência desse ensino na mudança de atitudes estigmatizantes dos alunos. Em nossa avaliação (e concordando com as fontes apontadas pela pesquisadora), trata-se de "uma temática importante para a melhoria da promoção de saúde a pessoas portadoras de transtornos mentais", o que, ao ser enfrentada, tenderia a facilitar (por melhorar) a atenção aos cuidados oferecidos a essa parcela da população. Paralelamente, a pesquisa objetiva reforçar a construção de uma "intervenção que, quando inserida no ensino de Saúde Mental, pode reduzir o estigma associado ao transtorno mental, presente, por

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.884.837

exemplo, nos alunos Técnicos de Enfermagem”. Ou seja, pretende-se formar uma geração de profissionais sensibilizados com a problemática. Tal proposta se inscreve num campo de disputas que visa “O enriquecimento do ensino de saúde mental, por meio do uso de estratégias que levem ao enfrentamento do estigma associado ao transtorno mental, produzindo melhorias só na relação interpessoal o usuário e o futuro Técnico de Enfermagem, mas permitindo que esta atividade profissional possa “empreender medidas que alcance indiretamente o portador de transtorno mental, como as relacionadas com familiares, comunidade e a organização de instituições de saúde”.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados Projeto Básico, Folha de Rosto devidamente assinada, Termo de Anuência (da diretora do CEFET, unidade Nova Iguaçu), Cronograma, Instrumentos da Pesquisa, Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os termos foram ajustados segundo orientações do CEP e se encontram adequadamente redigidos.

Recomendações:

- Enviar relatório ao término do estudo;
- Notificar o CEP caso ocorra alguma situação adversa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

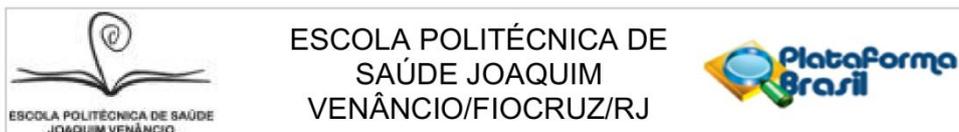
Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_833668.pdf | 23/12/2016 15:46:25 | | Aceito |
| Outros | instrumentosdecoletasdedadomodificado .pdf | 23/12/2016 15:42:31 | MARCELA DOS SANTOS FERREIRA | Aceito |
| Outros | Cartaresposta.pdf | 23/12/2016 15:41:04 | MARCELA DOS SANTOS FERREIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALEmodificado.docx | 23/12/2016 15:39:04 | MARCELA DOS SANTOS FERREIRA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / | TCLEmodificado.docx | 23/12/2016 15:38:40 | MARCELA DOS SANTOS FERREIRA | Aceito |

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.884.837

| | | | | |
|--|---------------------------------|------------------------|-----------------------------|--------|
| Justificativa de Ausência | TCLEmodificado.docx | 23/12/2016 15:38:40 | MARCELA DOS SANTOS FERREIRA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetodepesquisamodificado.pdf | 23/12/2016 15:37:13 | MARCELA DOS SANTOS FERREIRA | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto1.pdf | 29/11/2016 22:02:51 | MARCELA DOS SANTOS FERREIRA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | anuencia.pdf | 28/11/2016 17:43:10 | MARCELA DOS SANTOS FERREIRA | Aceito |
| Cronograma | cronograma.docx | 28/11/2016 17:37:18 | MARCELA DOS SANTOS FERREIRA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Daniel Groisman
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3865-9710 **Fax:** (21)3865-9729 **E-mail:** cep@fiocruz.br