

Estigma em estudantes de enfermagem: antes e depois do contacto com pessoas com transtornos mentais

Stigma among nursing students before and after contact with people with mental disorders

Estigma en estudiantes de enfermería: antes y después del contacto con personas con trastornos mentales

Isabel Maria de Assunção Gil^I; José Carlos Pereira dos Santos^{II}; Luís Manuel de Jesus Loureiro^{III}

RESUMO

Objetivo: analisar as crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca dos doentes e doenças mentais e o efeito do ensino clínico nessas crenças e atitudes. **Método:** estudo de cariz pré-experimental que compara o estigma discente antes e após o ensino clínico. A amostra é constituída por 89 estudantes que frequentavam o Curso de Licenciatura em Enfermagem, em Portugal, em 2010. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais e a versão portuguesa traduzida e adaptada da Escala de Opiniões sobre a Doença Mental. **Resultados:** os resultados relacionados às crenças e atitudes, antes e após o ensino clínico, revelam um efeito estatisticamente significativo mais patente na crença na incurabilidade e atitude de restrição social. **Conclusão:** o ensino clínico contribui para uma perspetiva mais positiva em relação às crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem.

Palavras-chave: Crenças; atitude; estudantes de enfermagem; transtornos mentais.

ABSTRACT

Objective: to examine nursing students' attitudes and beliefs about mental illness and the mentally ill and the effect of clinical training on these beliefs and attitudes by comparing stigma before and after clinical teaching. **Method:** this is a pre-experimental study and the sample comprised 89 students on an undergraduate Nursing course, in Portugal, in 2010. Data were collected using a Mental Illness Beliefs Inventory and the translated and adapted Portuguese version of the Opinions about Mental Illness Scale. **Results:** the results related to beliefs and attitudes before and after clinical training reveal a statistically significant effect on the belief in incurability and the attitude towards social restriction. **Conclusion:** the clinical training contributes to a more positive outlook in nursing students' beliefs and attitudes.

Keywords: Beliefs; attitude; students, nursing; mental disorders.

RESUMEN

Objetivo: analizar las actitudes y creencias de los estudiantes de enfermería sobre los pacientes y las enfermedades mentales y el efecto de la enseñanza clínica en estas creencias y actitudes. **Método:** estudio de cariz pre experimental que compara el estigma de los estudiantes antes y después de la enseñanza clínica. La muestra se constituye de 89 estudiantes que asisten al curso de Licenciatura en Enfermería, en Portugal, en 2010. Como instrumentos de recolección de datos se utilizó el Inventario de Creencias sobre las Enfermedades Mentales y la versión portuguesa traducida y adaptada de la Escala de Opiniones sobre Enfermedades Mentales. **Resultados:** los resultados sobre las creencias y actitudes, antes y después de la enseñanza clínica, revelan un efecto estadísticamente significativo más patente en la creencia en la incurabilidad y también una actitud de restricción social. **Conclusión:** la enseñanza clínica contribuye a una perspectiva más positiva respecto a las creencias y actitudes de los estudiantes de enfermería.

Palabras clave: Creencias; actitud, estudiantes de enfermería, trastornos mentales.

INTRODUÇÃO

A estigmatização, a discriminação e o desrespeito aos Direitos do Homem e à dignidade da pessoa com transtornos mentais continuam a ser uma realidade que se opõe aos valores europeus fundamentais¹. Nesta perspetiva, considera-se como fato incontestável que os transtornos mentais estiveram sujeitos às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses económicos e à história². Cada período histórico acentua a complexidade de atitudes e de conceções que coexis-

tem e que dão sentido ao fenómeno da loucura e dos transtornos mentais.

Reconhecendo que a formação garante um melhor uso dos conhecimentos e faculta uma intervenção mais fundamentada, também os enfermeiros admitem hoje que a saúde mental é construída e promovida no dia a dia dos indivíduos inseridos na cultura, na técnica e na civilização, tornando-se crucial o investimento na escola, na cultura e na família em prol da saúde mental da população³.

^IMestre em Psiquiatria Cultural. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Email: igil@esenfc.pt.

^{II}Doutor em Saúde Mental. Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Email: jcsantos@esenfc.pt.

^{III}Doutor em Saúde Mental. Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. Email: luisloureiro@esenfc.pt.

O impacto que o contacto com pessoas com transtornos mentais tem nas crenças e atitudes, especificamente ao nível das atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios, não tem sido uma área privilegiada de pesquisa no contexto português. Neste sentido, optamos por realizar um estudo pré-experimental que compreende as seguintes questões de investigação:

- Quais as crenças acerca das doenças e doentes mentais manifestadas pelos estudantes de Enfermagem do 3º ano antes de iniciar e depois de terminar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria?

- Quais as atitudes acerca das doenças e doentes mentais manifestadas pelos estudantes de Enfermagem do 3º ano antes de iniciar e depois de terminar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria?

Este estudo teve como objetivos analisar as crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem e o efeito (*in vivo contact*) do ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria nessas crenças e atitudes.

REVISÃO DA LITERATURA

Os indivíduos desenvolvem, desde a infância, crenças sobre si próprios, sobre os outros e sobre o mundo, isto é, verdades absolutas que os conduzem no seu cotidiano⁴.

As crenças vão modelar as atitudes. Por sua vez, a atitude funciona como um mediador entre a forma de agir e a forma de pensar⁵.

Os dados provenientes da investigação sugerem que as atitudes resultam da aprendizagem e são amplamente influenciadas pelas experiências individuais e pelo contexto social em que ocorrem⁶. As origens das atitudes são, pois, fortemente culturais na medida em que tendemos a assumir atitudes que prevalecem na cultura em que crescemos, nomeadamente, dentro da estrutura familiar.

Um dos motivos de interesse na abordagem das atitudes está na possibilidade de prever o comportamento em determinadas situações⁷.

Na abordagem da temática das crenças e atitudes em relação às pessoas com transtornos mentais, é importante ter em conta os aspetos relacionados com a forma como foi construída a visão que prevalece sobre este assunto. A visão estigmatizada do doente mental – o louco – prevaleceu ao longo dos tempos e, em consequência desse fato, estes indivíduos foram vivendo em situação de exclusão social.

Com o novo paradigma, o conceito de doença mental sucede ao de loucura e os asilos dão lugar aos hospitais. Esta mudança de terminologia reflete, sem dúvida, mudanças na conceção da doença mental e das práticas assistenciais⁸.

Embora a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) adote o termo *transtornos mentais*⁹ nos contextos académicos e clínicos, os termos *doenças*

mentais e *doentes mentais* continuam a ser comumente utilizados, sendo esta a terminologia igualmente usada nos instrumentos do estudo que se apresenta.

As pessoas com transtornos mentais antecipam a rejeição e a discriminação, impondo-se uma forma de autoestigma. Neste âmbito, os pesquisadores distinguem entre o estigma público e a autoestigma. No primeiro caso, o público em geral responde para com um grupo baseado no estigma sobre esse grupo. No que se refere à autoestigma, que diz respeito ao processo de transformação na qual a pessoa vai perdendo a sua identidade, o indivíduo deixa de desempenhar os seus papéis familiares, laborais e sociais, adotando uma atitude de autodesvalorização¹⁰⁻¹².

O estigma é constituído por três problemas relacionados entre si: o problema do conhecimento – ignorância (literacia) –; o problema das atitudes – preconceito – e o problema do comportamento – discriminação¹³.

As estratégias para diminuir o impacto do estigma têm sido agrupadas mediante a sua relevância quer para o estigma público quer para a autoestigma¹⁰. Neste contexto, são abordadas as estratégias que se podem evidenciar importantes no sentido de modificar os estereótipos e preconceitos e que levem à adoção de crenças de saúde que visem à adesão aos cuidados de saúde e que foram agrupadas em três processos de mudança: protesto/denúncia, educação/sensibilização e contacto¹⁴.

As estratégias de protesto/denúncia surgem contra a injustiça dos estigmas específicos, conduzindo ao apelo moral de modo a alterar a forma de pensar do público em relação às pessoas com transtornos mentais. As evidências sugerem que estas abordagens podem ser profícuas através da televisão e cinema, sobretudo se revelarem os tratamentos bem-sucedidos que permitem que milhões de pessoas com transtornos mentais retomem as suas vidas normais.

As estratégias de educação de adultos têm, similitudemente, contribuído para melhorar as atitudes perante as pessoas com transtornos mentais¹³, promovendo a literacia em saúde mental e potencializando a reflexão e a mudança de atitudes. Mostram-se, ainda, essenciais à desconstrução de crenças negativas e conduzem ao desenvolvimento de competências de identificação e reconhecimento de fatores de risco relacionados com determinados transtornos mentais¹⁵.

As investigações têm evidenciado que existe uma forte correlação entre os sentimentos de medo e o nível de distância social do público em relação aos transtornos mentais devido à raridade dos contactos¹⁶. Por tal motivo, defende-se que a abordagem perante esta realidade implique a intensificação da familiaridade do público com as pessoas com experiência em doença mental, o que é corroborado por estudos que demonstram que existe uma relação inversa entre o contacto com a doença mental e o estigma¹⁶⁻¹⁸.

Destacam-se, ainda, os resultados de algumas investigações que revelam a existência de uma forte redução do preconceito e a promoção de atitudes positivas em relação às pessoas com transtornos mentais, mas, principalmente, quando o contacto envolvia uma relação face a face (*in vivo*) e em contextos de trabalho ou institucionais^{16,19,20}.

Neste momento de reestruturação dos serviços de saúde mental²¹, as diretrizes são norteadas por uma assistência baseada na prevenção e reinserção, com a finalidade de anular o estigma e de conscientizar as pessoas para os problemas da saúde mental mediante o estabelecimento de leis protetoras dos direitos das pessoas. São, ainda, de considerar as questões relacionadas com as qualificações e formação dos profissionais de saúde²² que têm um papel preponderante na implementação de mudanças de carácter paradigmático, estrutural, operacional e doutrinário²³. Neste contexto, a enfermagem tem procurado oferecer uma assistência mais humanizada e fundamentada nos princípios da reforma psiquiátrica, o que remete para a necessidade de os enfermeiros repensarem os seus saberes e as suas práticas, reavaliando as suas atitudes e proporcionando cuidados centrados no ser humano, que tem direito a ser assistido sem exclusão²⁴.

A formação em enfermagem caracteriza-se pela alternância entre períodos de ensino na escola com aulas teóricas, teórico-práticas e práticas laboratoriais e períodos de ensino clínico em diversas instituições de saúde que constituem momentos privilegiados para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas²⁵.

METODOLOGIA

Dada a escassez de trabalhos empíricos na área de investigação com estudantes de enfermagem em Portugal, optamos por realizar um estudo pré-experimental que compara o estigma discente antes e após o ensino clínico de enfermagem em saúde mental e psiquiatria.

A amostragem foi realizada em 2010, a partir da população acessível dos estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem que vestudavam em uma Escola de Enfermagem da Região Centro de Portugal Continental que já tinham frequentado a unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que integra 54 horas de aulas teóricas, 18 horas de aulas teórico-práticas e 9 horas de aulas práticas laboratoriais.

Entregaram-se, inicialmente, 140 questionários a todos os estudantes que iriam frequentar o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, aquando do 1º dia de integração. Após o ensino clínico, entregaram-se novamente os 140 questionários, dos quais foram validados 89, sendo a taxa de recusa de participação no 2º momento de 36,44%.

O ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria tem a duração de cinco semanas, com uma carga horária de 35 horas semanais, num total de 175 horas de contacto e realiza-se em serviços psiquiátricos de internamento de curta e longa duração.

O trabalho de coleta de informação foi realizado através de questionário constituído por uma parte de caracterização sociodemográfica, pela Escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMIS)²⁶, traduzida e validada para a população portuguesa^{27,28} e pelo Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM)²⁸.

A OMIS é constituída por cinco fatores correspondentes a cinco atitudes, nomeadamente *autoritarismo* (opinião sobre a pessoa com doença mental como pertencendo a uma classe de pessoas inferiores e que necessitam de intervenções de natureza coerciva); *benevolência* (visão moralista, paternalista e protetora em relação ao doente mental que se funda mais numa perspectiva humanista e religioso-moral do que numa ideologia científica e profissional); *ideologia da higiene mental* (visão positiva da doença mental que demonstra confiança nas intervenções dos profissionais de saúde mental); *restrição social* (percebe o doente mental como um perigo para a sociedade defendendo a restrição da sua liberdade); *etiologia interpessoal* (opinião de que a saúde mental é objeto das escolhas individuais feitas ao longo da vida). O formato de resposta é de 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos^{27,28}.

O ICDM é constituído por 45 itens em formato de resposta tipo *Likert* de 1 a 6 pontos, englobando seis crenças: *incurabilidade* (crença na doença mental como tendo um carácter crónico e incurável); *reconhecimento da doença* (crença numa visão não estigmatizante da doença mental associada à aceitação da doença); *perigosidade* (crença nos doentes mentais como pessoas perigosas, dada a imprevisibilidade do seu comportamento, levando à propensão para a criminalidade); *doença como causa de estigma e discriminação* (crença pessoal do estigma e preconceito produzido pela doença nos circuitos sociais próximos do indivíduo portador de doença mental); *responsabilidade pessoal* (o indivíduo é considerado responsável pela sua saúde/doença); *doença como condição médica* (crença na doença mental como condição clínica apelando para o uso de medicamentos no seu tratamento). O formato de resposta é 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos²⁸.

Relativamente aos procedimentos éticos, salienta-se que esta investigação foi autorizada pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e pela Presidente da Escola onde o estudo foi realizado.

Para a realização do tratamento estatístico, recorreu-se aos programas *Windows- Stastical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17 e ao programa *G POWER* para cálculo do *effect size* e poder dos testes.

Relativamente às estatísticas, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais, medidas-resumo adequadas e, para avaliar o efeito do ensino clínico nas crenças e atitudes, recorreu-se à comparação das médias, antes e depois do ensino clínico, através do teste T para grupos emparelhados. Procedeu-se, ainda, ao cálculo do poder dos testes *a posteriori* e ao cálculo da medida de tamanho do efeito (*effect size*).

Nas análises de *effect size* do estudo, recorremos ao *d* ou Cohen's *d*, que corresponde à diferença da média estandarizada para o teste T de Student e procedemos à transformação em r^2 (coeficiente de

determinação) que representa a percentagem de variação explicada. As análises de poder dos testes foram realizadas *a posteriori*, tendo sido o poder calculado com base num alpha de 0,05 para $n=89$. Como valores de interpretação do *effect size*, utilizamos os propostos pelo autor²⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que concerne aos resultados, as estatísticas-resumo para cada uma das crenças e atitudes são mostradas na Tabela 1.

TABELA 1: Estatísticas-resumo para as dimensões da OMIS e do ICDM ($n=89$) - atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais, Coimbra, Portugal, 2010.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Md ^(*)	Dp ^(**)	EPM ^(***)	CV ^(****)
Atitudes avaliadas pela OMIS:						
Autoritarismo	20,00	45,00	32,22	5,31	,45	0,16
Benevolência	50,00	81,00	64,69	5,98	,51	0,09
Ideologia higiene mental	28,00	47,00	39,08	4,15	,35	0,12
Restrição social	16,00	39,00	26,23	4,74	,40	0,18
Etiologia interpessoal	8,00	28,00	17,96	4,14	,35	0,23
Crenças avaliadas pelo ICDM						
Incurabilidade	13,00	43,00	30,30	5,99	,51	0,20
Reconhecimento da doença	29,00	59,00	46,89	5,55	,47	0,12
Doença como estigma e discriminação	11,00	31,00	20,32	4,68	,40	0,23
Perigosidade	7,00	35,00	21,76	4,85	,41	0,22
Responsabilidade Individual	6,00	23,00	15,77	3,59	,30	0,23
Doença como condição médica	13,00	29,00	22,45	2,95	,25	0,13

(*)MD=Média; (**)Dp=desvio-padrão; (***)EPM=erro-padrão da média; (****)CV=coeficiente de variação.

Da observação das médias ponderadas, podemos verificar, por um lado, que as crenças com maior expressão numérica (> 4,00 pontos) no sentido da concordância se situam no *reconhecimento da doença e doença como condição médica*, apontando num sentido homogêneo de respostas. Por outro, nas crenças restantes, observa-se que os valores se direcionam, de modo geral, para a discordância, sendo mais acentuada na crença da *doença como causa de estigma e discriminação*. Isso evidencia que, ao nível desta crença, os estudantes de enfermagem não creem que as doenças mentais, por si só, sejam causa de estigma e discriminação sociais.

Estes resultados remetem-nos para o fato de os estudantes de enfermagem exprimirem uma visão não estigmatizante da doença mental, associada à aceitação da doença e à crença no tratamento e na reabilitação se o diagnóstico for atempado, todavia, torna-se importante reforçar que os resultados obtidos no nosso estudo podem, de alguma forma, ser explicados pelo fato de os estudantes já terem adquirido conhecimentos teóricos sobre esta temática na unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Tais conhecimentos podem ter contribuído para uma visão menos estigmatizante, contudo, os estereótipos da perigosidade, incurabilidade e responsabilidade individual são

acentuados. Tais achados são confirmados por alguns estudos que também apontam para a manutenção de mitos marcados por crenças na perigosidade e incurabilidade das pessoas com transtornos mentais^{28,30}.

Relativamente às atitudes acerca das doenças e doentes mentais, procedemos, tal como anteriormente, mas agora para as dimensões da OMIS. Assim, como no ICDM, os erros-padrão da média reduzidos em todas as dimensões mostram que a média é um bom estimador. Os valores elevados (>0,15) dos coeficientes de variação indicam que a escala, por um lado, discrimina; por outro, sugere, no caso da *benevolência* e da *ideologia da higiene mental*, uma posição mais homogênea nas respostas.

No que concerne às médias das atitudes, observa-se que é na dimensão *benevolência* que se obtém uma média superior, imediatamente seguida da dimensão *ideologia da higiene mental* e a dimensão *autoritarismo*.

A atitude cujo valor da média observada é mais baixo é a *etiologia interpessoal*.

Constata-se que, também estes resultados, que indiciam níveis de tolerância e sensibilidade sociais em relação a estes problemas, podem estar relacionados com os conhecimentos adquiridos anteriormente, já que os estudos testemunham que

um melhor conhecimento sobre as doenças mentais torna as pessoas menos propensas ao estigma e à discriminação^{16,18,31,32}.

Da observação dos resultados do teste T de Student para grupos emparelhados, segundo a Tabela 2, verifica-se que, em relação às crenças, todas as dimensões são estatisticamente significativas com exceção das dimensões da *incurabilidade* e da *responsabilidade individual*, apesar do poder observado dos testes ser muito baixo.

Nas crenças no *reconhecimento da doença e doença como condição médica*, observa-se um incremento nos valores das médias. Já nas crenças das *doenças mentais como causa de estigma e discriminação e perigosidade*, observa-se um decréscimo nas médias dos escores.

No que concerne aos valores das medidas de *effect size* obtidas e poder dos testes, salienta-se que, nos casos em que as diferenças de médias são estatisticamente significativas, os valores do *d* são pequenos, exceção para a crença na *periculosidade*, que aponta para um valor médio do efeito.

Deste modo, destaca-se que, da análise da influência da frequência do ensino clínico nas crenças relativas aos doentes mentais, se verificou um decréscimo das crenças negativas. Tal constatação converge com os resultados de outros estudos em que ficou evidenciado que a formação influenciou positivamente os estudantes no que concerne às crenças discriminatórias^{16,32}, concluindo que as crenças relativas à imprevisibilidade e à perigosidade, associadas ao doente mental, se revelaram menos intensas, logo, menos estigmatizantes. O modelo proposto por alguns autores aponta, também, no sentido da crença na *periculosidade* das pessoas com doenças mentais diminuir substancialmente com o nível de contato¹⁶. Neste âmbito, torna-se importante salientar que as estratégias educacionais têm resultados mais positivos quando associadas ao contato direto

com os indivíduos portadores de doença mental¹⁴. Neste caso, o contato constitui-se como particularmente importante para que o sujeito perceba o indivíduo portador de transtorno mental como uma pessoa real^{33,34}, afigurando-se como a estratégia que tem mostrado mais eficácia na diminuição das crenças estigmatizantes, sendo de reforçar que associação da educação com o contato provou ser a estratégia mais eficiente, que produz efeitos a mais longo prazo³¹.

No que se reporta ao efeito do ensino clínico nas atitudes, à exceção da atitude de *etiologia interpessoal*, todas as diferenças das médias das atitudes se revelaram, antes e depois do ensino clínico, estatisticamente significativas, diminuindo no *autoritarismo* e na *restrição social* e aumentando na *benevolência* e na *ideologia da higiene mental*.

A análise dos valores do tamanho do efeito obtidos revela *effect size's* pequenos no caso das atitudes de *autoritarismo* ($d=0,26$) e *ideologia da higiene mental* ($d=0,40$) e médio na atitude de *benevolência* ($d=0,50$). O valor de *effect size* mais acentuado observa-se na atitude de *restrição social* ($d=1,20$), revelando que o tamanho do efeito é grande, tendo o ensino clínico um efeito substancial.

À semelhança do que se verificou nas crenças, também o efeito do ensino clínico nas atitudes dos estudantes revelou uma redução no nível das atitudes negativas, no *autoritarismo* e na *restrição social* e um incremento nas atitudes positivas, *benevolência* e *ideologia da higiene mental*. Estes resultados indicam, desta forma, que o ensino clínico contribui para uma perspectiva mais positiva, o que é corroborado por outras investigações que confirmam que a interação direta com pessoas portadoras de transtornos mentais afetou positivamente e de forma significativa as atitudes dos estudantes de enfermagem relativamente às pessoas com doenças mentais^{35,36} e que, especificamente o ensino clínico de Enfermagem de Saúde Mental e

TABELA 2: Resultados do teste t de Student para grupos emparelhados (t - t calculado; P - nível de significância; d - medida de *effect size*; PO - Poder Observado). Variáveis dependentes: crenças e atitudes acerca das pessoas com transtornos mentais (n=89). Coimbra, Portugal, 2010.

Dimensões	Antes		Depois		t	P	d	PO
	Md ^(*)	Dp ^(**)	Md ^(*)	Dp ^(**)				
Dimensões da OMIS								
Incurabilidade	30,83	5,54	29,88	6,27	1,395	0,166	0,01	0,05
Reconhecimento da doença	47,16	6,61	49,62	5,74	-3,150	0,002	0,29	0,76
Doença causa estigma e discriminação	20,11	4,34	18,72	5,14	3,007	0,003	0,25	0,65
Perigosidade	21,73	4,87	18,61	4,70	5,437	0,000	0,60	0,99
Responsabilidade individual	15,94	3,50	15,92	3,94	0,054	0,957	0,01	0,05
Doença como condição médica	22,69	2,95	23,63	3,29	-2,314	0,023	0,01	0,05
Dimensões do ICDM								
Autoritarismo	32,31	5,4	30,92	6,81	2,306	0,023	0,26	0,67
Benevolência	64,83	5,76	67,94	7,50	-4,447	0,000	0,50	0,99
Ideologia higiene mental	39,37	4,33	42,16	4,93	-5,024	0,000	0,40	0,96
Restrição social	26,49	4,94	20,15	5,55	10,868	0,000	1,20	0,99
Etiologia interpessoal	18,30	4,09	18,21	5,37	0,182	0,856	0,01	0,05

(*) MD=Média; (**) Dp=Desvio-padrão

Psiquiatria contribui para mudar de forma positiva as percepções dos estudantes face às pessoas com transtornos mentais^{34,37}. A prática clínica em contexto hospitalar aparece, pois, como um pilar fundamental na formação dos estudantes³⁸. Do mesmo modo, os resultados de um estudo realizado no Brasil revelaram que a formação acadêmica em enfermagem implicou uma mudança de atitudes dos estudantes, concretamente, na redução de atitudes consideradas negativas³⁹.

CONCLUSÕES

Partindo dos objetivos traçados para esta investigação, apresentamos, de forma sintética, as conclusões que consideramos mais relevantes:

- Constata-se um reconhecimento e consciencialização para a natureza das doenças mentais e do seu cunho médico que são visíveis pelas crenças e atitudes que denunciam uma maior aceitação e tolerância, ainda que não sejam de desvalorizar os mitos na incurabilidade, na perigosidade e na imprevisibilidade dos doentes mentais;

- O ensino clínico promove uma mudança nas crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem; ainda assim, esse efeito é modesto, o que indicia a necessidade de privilegiar nos currículos conteúdos que aumentem a literacia (capacidade de usar a leitura e a escrita como forma de adquirir conhecimentos, desenvolver as próprias potencialidades e participar ativamente na sociedade) no domínio da saúde mental;

- É na necessidade de reintegrar socialmente os doentes, visível na diminuição da atitude de restrição social, que essa mudança é mais acentuada, um efeito positivo do ensino clínico que indicia que a exposição e experiência com a prática da enfermagem psiquiátrica aumenta a consciência da necessidade de garantir direitos e liberdades dos doentes.

Sendo este estudo realizado apenas numa Escola de Enfermagem Portuguesa, os resultados devem ser interpretados com cautela, bem como as conclusões que dele resultam, na medida em que a amostra não é representativa da população portuguesa.

A amostra pretendeu compreender todos os estudantes do 3º Ano do Curso de Licenciatura, contudo, observou-se uma taxa considerável de recusas, o que constitui uma limitação neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Comissão das Comunidades Europeias. Livro Verde melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas; 2005.
2. Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. 8ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 2007.
3. Milheiro J. Loucos são os outros. Porto: Laboratórios Bial; 1999.
4. Serra MN. Aprender a ser enfermeiro: Construção identitária profissional por estudantes de Enfermagem. Lisboa: editora Lusociência; 2013.
5. Lima M. Atitudes. Psicologia Social. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1997.
6. Cardoso A. A receptividade à mudança e à inovação pedagógica: o professor e o contexto escolar. Edições ASA: Perspectivas actuais/educação; 2003.
7. Oliveira ERFLD. Atitudes dos alunos brancos em relação a alunos negros. Tese publicada. Porto: Universidade Aberta; 2007.
8. Moreira P, Melo A, Lima A, Pires C, Crusellas L. Saúde mental. Do tratamento à prevenção. Porto: Porto Editora; 2005.
9. Organização Mundial de Saúde. CID-10: Classificação Internacional de Doenças; 2010; [citado 2014 jan 10]; disponível em <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en>.
10. Watson, AC, Corrigan PW. Challenging public stigma: a targeted approach. On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change. Washington: American Psychological Association. 2005: 281-95.
11. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar or depression in 13 European countries: The GAMIENT-Europe study. Journal of affective Disorders. 2011; 129(1):56-63.
12. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker P.H. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. Psychiatric Services. 2008; 59(12): 1437-442.
13. Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmer E. Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. International Journal of Mental Health Systems. 2008; 2 (39):1-7.
14. Corrigan PW, Penn, DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. American Psychologist. 1999; 54 (9):756-76.
15. Oliveira S, Carolino L, Paiva A. Programa Saúde Mental Sem Estigma: Efeitos de Estratégias Diretas e Indiretas nas Atitudes Estigmatizantes. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2012; (8): 30-37.
16. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. Schizophrenia Bulletin. 2001; 27(2):187-95.
17. Penn DL, Combs DR, Ritchie M, Francis J, Cassisi J, Morris S, Townsend M. Emotion recognition in schizophrenia: further investigation of generalized versus specific deficit models. Journal of Abnormal Psychology. 2000; 109 (3):512-16.
18. Romem P, Anson, O, Kanat-Maymon Y, Moisa R. Reshaping students' attitudes toward individuals with mental illness through a clinical nursing clerkship. The Journal of nursing education. 2008; 47(9): 396-402.
19. Read J, Harre N. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of "mental patients", Journal of Mental Health. 2001; 10(2):223-35.
20. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft, G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination. Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. British Journal of Psychiatry. 2003; 182(4):342-46.
21. Direção Geral de Saúde (Pt). Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental. Programa Nacional para a Saúde mental. Portugal, 2012; [citado 2014 jun 2]; Disponível em http://www.saude mental.pt/wpcontent/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf.
22. Silva LH. Educação do campo e pedagogia de alternância. A experiência brasileira. Texto da conferência proferida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa a 17 de maio de 2007. Sísifo: Revista de Ciências da Educação; [citado 2008 set 20]; 5: 105-12. Disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
23. Pessoa JM., Santos RCA, Clementino FS, Oliveira KKD, Miranda FA. A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: Desafios e perspectivas. Esc. Anna Nery [Internet]. 2016 Mar [citado 2016 Mar 15]; 20(1):83-89. Disponível em:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100083&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160012>.
- 24.Terra MG, Ribas DL, Sarturi F, Erdmann AL. Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. *Revista Esc Anna Nery Enferm*. 2006; 10(4):711-17.
- 25.Simões JF, Alarcão I, Costa N. Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Referência*. 2008; 6:91-108.
- 26.Cohen J, Struening EL. Opinions About Mental Illness in the personnel of two large Mental Hospitals. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1962; 64(5):349-60.
- 27.Oliveira SA. Loucura no outro: Um contributo para o impacto da loucura no profissional de saúde mental. Tese de Doutoramento publicada da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2005.
- 28.Loureiro LMJ. Representações sociais da loucura: Importância para a promoção da saúde mental. Estudo realizado numa amostra de residentes no concelho de Penacova. Tese de Doutoramento publicada do Instituto Superior de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto. Universidade do Porto; 2008.
- 29.Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
- 30.Goerg D, Zbinden E, Fischer W, Guimon J. Representations of psychiatric treatments. *Advances in Relational Mental Health*. 2004; [citado 2009 jul 10] 3(3); Disponível em <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0303/2.pdf>.
- 31.Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002; 1(1):16-20.
- 32.Corrigan PW, O'Shaughnessy JR. Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*. 2007; 42(2):90-7.
- 33.Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*. 2005; 56 (5):544-50.
- 34.Markstrom U, Gyllensten AL, Bejerholm U. Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities – a follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today*. 2009; 29(6):660-65.
- 35.Madianos MG, Priam M, Aleviopoulos G, Koukia E, Rougakou E. Nursing students' attitude change toward mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*. 2005; 26(2):169-83.
- 36.Emrich K, Thompson TC, Moore G. Positive attitude. An essential element for effective care of people with mental illnesses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2003; 41(5):18-25.
- 37.Francisco I. Estudo da percepção dos alunos de enfermagem face à doença mental. Dissertação de Mestrado não publicada em Reabilitação Psicossocial. Porto. Universidade Católica Portuguesa; 2010.
38. Reza CG, Ferreira MA, Silva RC, Gandarilla JV, Solano GS, Martínez VG. Perfil de los estudiantes mexicanos en las clínicas de enfermería. *Esc. Anna Nery [Internet]*. 2016 Mar [citado 2016 Mar 15] ; 20(1):11-16. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100011&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160002>.
- 39.Pedraço LJ, Avanci RC, Malaguetti SE, Aguilera AMS. Atitudes frente à doença mental: estudo comparativo entre ingressantes e formandos em enfermagem. *Medicina [Ribeirão Preto Online]*. Brasil. 2003 [citado 2010 mai. 14]. 36(1):37-44. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/533/533>.