

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina

ALEXANDRE DE ARAÚJO PEREIRA

EFEITO DE ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS
SOBRE O ESTIGMA DE ALUNOS DE MEDICINA
FRENTE AO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL

Belo Horizonte
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Diretor

Prof. Humberto José Alves

COORDENADOR DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA

Coordenador

Prof. Wagner Luiz Tafuri

Sub-Coordenador

Prof. Geovanni Dantas Cassali

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PATOLOGIA

Prof. Wagner Luiz Tafuri

Prof. Geovanni Dantas Cassali

Prof^a. Rosa Maria Esteves Arantes

Prof. Pedro Guatimosim Vidigal

Prof^a. Tatiane Alves da Paixão

Prof^a. Milene Alvarenga Rachid

Prof. Conrado de Oliveira Gamba

ALEXANDRE DE ARAÚJO PEREIRA

**EFEITO DE ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS
SOBRE O ESTIGMA DE ALUNOS DE MEDICINA
FRENTE AO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Medicina. Linha de Pesquisa: Pesquisa de Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosa Malena Delbone de Faria

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Silvana Maria Elói Santos

Belo Horizonte
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

EFEITO DE ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS SOBRE O ESTIGMA DE ALUNOS DE MEDICINA FRENTE AO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL

ALEXANDRE DE ARAUJO PEREIRA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PATOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PATOLOGIA, área de concentração PATOLOGIA INVESTIGATIVA.

Aprovada em 18 de outubro de 2016, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Rosa Malena Delbone de Faria - Orientador
UFMG

Prof(a) Sarah Cristina Zanghellini Ruckl
(UNIFENAS)

Prof(a). Maria Monica Freitas Ribeiro
UFMG

Prof(a). Ana Paula Souto Melo
Universidade Federal de São João Del Rey

Prof(a). Alexandre Sampaio Moura
UNIFENAS

Belo Horizonte, 18 de outubro de 2016.

Este trabalho teve o apoio financeiro da CAPES.
Edital Pró-Ensino na Saúde 24/2010
(projeto n. 1606/2011).

Dedico essa tese aos meus pais, Luiz Carlos Henriques
Pereira e Vânia Lúcia de Araújo Pereira (*in
memoriam*), que apostaram em mim e em minhas
potencialidades como pessoa.

AGRADECIMENTOS

À Professora Rosa Malena Delbone de Faria, que apostou na construção de um currículo médico dirigido à população brasileira defendendo a importância da saúde mental na formação médica.

À Professora Silvana Maria Elói Santos, pela generosidade e preciosas sugestões ao longo da concepção desse trabalho.

Aos colegas da Pós-graduação de Patologia do Curso de Medicina da UFMG, que contribuíram, de forma prazerosa e solidária na construção do conhecimento no campo da educação médica: Taciana Figueiredo Soares, José Maria Peixoto, Josemar de Almeida Moura e Bruna Carvalho Costa França.

Ao professor Antônio Carlos de Castro Toledo Jr pelas sugestões na elaboração do projeto de pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em particular à Rosimeire Silva e Miriam Nadim Abou-Yd, que coordenaram a rede de saúde mental de Belo Horizonte por vários anos, pela aposta na construção de uma relação profícua entre a universidade e os serviços de saúde.

Aos gerentes e profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em particular dos Centros de Convivência, Cersams e Unidades Básicas de Saúde que nos recebem tão bem e sustentam a nossa parceria na formação de um médico melhor para quem tanto necessita.

Aos professores, supervisores de campo e amigos do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH, pela participação implicada, ousada e criativa na sustentação das estratégias curriculares de saúde mental no nosso currículo médico: Alexandre Sampaio Moura, Fabiano Gonçalves Guimarães, Enio Rodrigues da Silva, Leonardo Barbosa de Oliveira, Daniela Botelho Nunes Coelho, Denise Birck Sausen, Sarah Cristina Zanghellini Ruckl, José Ricardo de Oliveira, Ruth Borges Dias, Lorenza Nogueira Campos, Alexandre Hampel, Alexandre Costa Val, Nathan Mendes Souza, Milena Pereira Saraiva.

À minha dedicada aluna do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH e bolsista de iniciação científica - Probic/UNIFENAS, Daniela Correia Leite Andrade e seus colegas Renata Azevedo Mattar e Rudi da Rocha Fantini, pela ajuda na coleta de dados.

À Vanessa Amaral Barbosa, minha companheira, pelo amor e suporte nas horas mais difíceis.

Ensinar: agir na urgência e decidir na incerteza.

Philippe Perrenoud

Caring for relationships between people becomes essential in the caring professions. Relationship-centered teaching values difference and diversity, authentic responsive participation, shared decision-making, collaboration, partnership, and awareness of self and other. The role of the teacher becomes one of co-evolution rather than the giver of information.

Stewart Mennin

RESUMO

Introdução: A literatura tem mostrado que parcelas significativas da população, incluindo aí profissionais de saúde, possuem uma visão muito estigmatizada dos portadores de transtornos mentais, o que pode contribuir para a baixa qualidade assistencial e dificuldade de acesso ao tratamento em saúde por parte dessa população. Desenvolver atitudes mais positivas de redução do estigma por parte dos médicos pode ajudar a reverter esse cenário. **Objetivos:** 1) validar transculturalmente para o português falado no Brasil O *Attribution Questionnaire* (AQ-27), que mede o estigma relacionado às doenças mentais, e definir suas propriedades psicométricas 2) estudar os efeitos de três estratégias curriculares desenvolvidas em Serviços de Saúde Mental Comunitários em Belo Horizonte - Brasil na redução do estigma de estudantes de medicina em relação aos portadores de transtornos mentais, utilizando o questionário validado no Brasil. **Método:** Trata-se de uma investigação educacional quantitativa do tipo *quasi-experimental (one group pre-test-post-test design)* desenvolvido em duas fases. O *Attribution Questionnaire* (AQ-27) e um questionário suplementar para coletar informações sócio demográficas, acadêmicas e de experiência pessoal dos alunos com portadores de transtornos mentais, foram utilizados. Inicialmente, 431 alunos do primeiro ao último ano do curso aceitaram participar da análise fatorial, que validou as propriedades psicométricas da versão culturalmente adaptada do AQ-27. Desses, 156 foram novamente avaliados após participarem das intervenções curriculares de saúde mental. Os dados foram submetidos à análise de conglomerados, além de regressões múltipla linear e logística. **Resultados:** Dos 27 itens que compunham a escala, 16 não sofreram qualquer modificação, seis apresentaram apenas mudanças na estrutura da elaboração da frase, quatro necessitaram de uma adequação cultural semântica e em apenas uma questão houve necessidade de troca da palavra por outra equivalente na língua portuguesa falada no Brasil. Houve a retirada da questão de nº 11 devido à baixa proporção de variância explicada e baixa carga fatorial o que gerou o questionário brasileiro de oito fatores – AQ-26B – com percentual de variância total explicada de 68,9%. Nenhum dos fatores sócio demográficos e de história de vida influenciou significativamente na tendência ao estigma dos alunos, mas a possibilidade de escolha da psiquiatria como especialização médica sim ($p = 0,042$). Também houve uma diminuição estatisticamente significativa da expressão do estigma quando todos os cenários curriculares e alunos foram analisados em conjunto ($p < 0,001$). Diferenças foram identificadas quando as estratégias curriculares foram analisadas considerando-se cada fator separadamente: Saúde Mental Comunitária para alunos do primeiro ano apresentou diminuição significativa dos fatores Segregação ($p = 0,004$), Afastamento ($p < 0,001$), Medo ($p = 0,010$) e, principalmente Coerção ($p = 0,004$), quando comparada às outras estratégias educacionais; Internato de Urgências em Saúde Mental para alunos do último ano apresentou diminuição significativa dos fatores Segregação ($p < 0,001$), Afastamento ($p = 0,001$) e, principalmente do Medo ($p = 0,001$), quando comparada às outras estratégias educacionais; Apoio Matricial em Psiquiatria na Atenção Básica para os estudantes de quarto ano não exerceu influência positiva ou negativa na mudança atitudinal dos alunos, com exceção do fator Coerção, que apresentou aumento após a passagem dos alunos por essa estratégia educacional ($p = 0,006$). As diferenças encontradas deveram-se provavelmente ao grau de maturidade e exposição prévia dos alunos ao longo do currículo, aos diferentes tipos de pacientes e serviços de saúde mental envolvidos, além das diferentes cargas horárias e estratégias de ensino oferecidas. **Conclusão:** A versão brasileira do questionário para avaliação de estigma relacionado ao portador de transtorno mental – AQ-26B demonstrou validade e confiabilidade interna adequados além de fácil aplicação, o que poderá viabilizar seu uso nas escolas médicas brasileiras. A redução do estigma entre alunos de medicina exige uma organização curricular longitudinal, com a inclusão de estratégias educacionais que promovam o convívio direto dos alunos com os portadores de transtornos mentais, preferencialmente em

serviços de atenção à saúde mental comunitária. O início do curso de medicina parece ser um momento oportuno para oferecer este tipo de atividade e a redução do estigma relacionado aos transtornos mentais pode contribuir para o maior interesse de alunos de medicina em psiquiatria e saúde mental. A experiência também mostra que uma colaboração eficaz entre a Universidade e o Sistema Público de Saúde Mental brasileiro pode promover cuidados de saúde, bem como atingir objetivos educacionais previamente estabelecidos.

Palavras-chave: Questionário, Estigma Social, Transtornos Mentais, Atitude, Psiquiatria Comunitária

ABSTRACT

Introduction: Medical literature has shown that significant portions of the general population, including healthcare professionals, have a highly stigmatized view of mentally ill patients, which can lead to low quality health care and difficult access to treatment. Fostering more positive attitudes toward the diminishing of this stigma among doctors may help to change this scenario. **Objectives:** 1) provide a transcultural validation of the Attribution Questionnaire (AQ-27) into Brazilian Portuguese, which measures the stigma related to mental illnesses, and defines its psychometric properties 2) analyze the effects of the three curricular strategies developed in the Community Mental Health Services in Belo Horizonte, Brazil, in an attempt to reduce the stigma of medical students regarding mentally ill patients, using the validated Brazilian version of the AQ-27. **Methods:** This study conducted a one group pre-test-post-test survey design developed in two stages. The AQ-27, in addition to a supplementary questionnaire to collect sociodemographic, academic, and personal experience from the medical students who work with mentally ill patients, were used. Initially, 431 students from the first to the last year of the course agreed to participate in the factorial analysis, which validated the psychometric properties of the Brazilian cross-cultural adaptation of the AQ-27. Of these, 156 students were again evaluated after having participated in three different mental health curriculum rotations. In addition to multiple linear and logistic regression analyses, the data were submitted to a cluster analysis. **Results:** Of the 27 items that made up the scale, 16 remained unmodified; six presented changes only in the structure of the sentence's composition; four required a semantic cultural adaptation, while in only one question did there arise the need to change a word to an equivalent term in Brazilian spoken Portuguese. Question 11 was removed from the questionnaire due to the low proportion of explained variance and the low factorial load, which produced the Brazilian eight factor questionnaire – AQ-26B – with a total explained variance of 68.9%. None of the sociodemographic and life history factors significantly influenced the tendency toward the students' stigma, but the possibility of the choice of psychiatry as a medical career did have an impact ($p = 0.042$). A statistically significant reduction in the expression of the stigma was also observed when all of the mental health curriculum scenarios and students were analyzed together ($p < 0.001$). Differences were identified when the mental health curricular strategies were analyzed considering each factor separately: Medical Practice in the Community for first-year students presented a significant reduction in the factors of Segregation ($p = 0.004$), Isolation ($p < 0.001$), Fear ($p = 0.010$), and especially Coercion ($p = 0.004$), when compared to the other educational strategies. Emergency Psychiatry Internship for final-year students showed a significant drop in the factors of Segregation ($p < 0.001$), Isolation ($p = 0.001$), and especially Fear ($p = 0.001$), when compared to the other educational strategies. Psychiatry in Primary Care for fourth-year students had no positive or negative impact on attitude changes among students, with the exception of Coercion, which showed a rise after the students had studied this educational strategy ($p = 0.006$). The differences found were most likely due to the students' degree of maturity and prior exposure throughout the entire course to the different types of patients and mental health services involved, in addition to the different class loads and teaching strategies provided. **Conclusions:** The Brazilian version of the questionnaire to evaluate the stigma related to the mentally ill patient (AQ-26B) demonstrated both adapted validity and internal reliability, in addition to its easy application, which can render its use feasible in Brazilian medical schools. The reduction of the stigma among medical students demands a longitudinal curricular organization, with the inclusion of educational strategies that promote the direct interaction of students with mentally ill patients, preferably provided by mental health care community services. The beginning of Med School appears to be an opportune moment in which to offer this type of activity. Moreover, the reduction in the stigma related to mental illness may well contribute to a greater

interest on the part of the medical students in psychiatry and mental health. This experience also shows that an efficient collaboration between the University and the Brazilian Public Mental Health System can both promote mental health care and achieve educational goals.

Keywords: Questionnaire, Social Stigma, Mental Disorders, Attitude, Community Psychiatry

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Avaliação dos parâmetros da análise fatorial para o modelo final do questionário de atribuição de estigma em relação ao portador de doença mental (AQ-27) 61
- Tabela 2 - Cargas fatoriais, média (desvio-padrão), comunalidade (h^2) e medidas da adequacidade da amostra baseados na Análise de Componentes principais com rotação VARIMAX em relação às 26 questões do questionário de Estigma (AQ-26B)..... 63
- Tabela 3 - Média dos oito fatores gerados pela Análise Fatorial em relação aos dois grupos (clusters) de alunos formados pela Análise de Conglomerados (n = 431 alunos)..... 65
- Tabela 4 - Análise comparativa entre a população de alunos elegíveis para a Fase 2 do estudo e que participou (n = 156) em relação àquela que não participou (n = 53), de acordo com os fatores gerados pela análise fatorial 69
- Tabela 5 - Avaliação do grau de Estigma dos alunos 1º período de Medicina antes (1ª Fase) e após (2ª Fase) a intervenção curricular (SMC) no curso de Medicina com o intuito de reduzir o estigma relacionado aos portadores de transtornos mentais (n = 50 alunos)..... 70
- Tabela 6 - Avaliação do grau de Estigma dos alunos 6º ano de medicina antes (1ª Fase) e após (2ª Fase) a intervenção curricular no curso de Medicina (AMP + IUSM) com o intuito de reduzir o estigma relacionado aos portadores de transtornos mentais (n = 58 alunos)..... 71
- Tabela 7 - Avaliação do grau de Estigma dos alunos 6º período de medicina antes (1ª Fase) e após (2ª Fase) a intervenção curricular no curso de Medicina (SMC + AMP) com o intuito de reduzir o estigma relacionado aos portadores de transtornos mentais (n = 48 alunos)..... 72
- Tabela 8 - Avaliação do grau de Estigma dos alunos de medicina antes (1ª Fase) e após (2ª Fase) a intervenção curricular no curso de Medicina com o intuito de reduzir o estigma relacionado aos portadores de transtornos mentais (n = 156 alunos) 73
- Tabela 9 - Análises comparativas pré e pós-exposição dos 156 alunos ao currículo novo de saúde mental em relação a cada um dos oito fatores avaliados 74

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Escalas utilizadas para avaliação de atitudes relacionadas a doenças mentais dirigidas ao público geral ou profissionais de saúde.....	37
Quadro 2 -	Estratégias educativas utilizadas para modificar a atitude de alunos de medicina em relação à doença mental	46
Quadro 3 -	Descrição das Estratégias Educacionais em Saúde Mental do currículo novo do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH, desenhadas em parceria com a Rede de Atenção à Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte.....	51
Quadro 4 -	Descrição conceitual do Questionário AQ-27 na versão original em inglês e a tradução portuguesa (termos originais)	54
Quadro 5 -	Síntese das características da amostra e momentos de aplicação dos questionários nas duas fases do estudo	58
Quadro 6 -	Distribuição das questões do questionário em relação aos fatores, considerando as versões AQ-27, AQ-27P e AQ-26B.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Caracterização dos 431 alunos que participaram da validação do AQ-26B, de acordo com o grau de estigma, quanto aos grupos identificados na análise de conglomerados baseando-se nos oito fatores gerados pela análise fatorial. 65
- Gráfico 2 - Caracterização dos grupos, de acordo com o grau de estigma, identificados na análise de conglomerados em relação aos oito fatores gerados pela análise fatorial (n = 431 alunos)..... 66
- Gráfico 3 - Avaliação do grau de estigma determinado pela análise de conglomerados considerando-se a possibilidade de o aluno escolher a psiquiatria como opção de especialização (n = 431 alunos). 67
- Gráfico 4 - Avaliação do grau de estigma determinado pela análise de conglomerados considerando-se o período do curso - Fase 1 (n = 431 alunos)..... 68
- Gráfico 5 - Distribuição dos alunos do 1º período quanto aos dois grupos criados (Clusters) no que se refere ao grau do Estigma dos alunos de acordo com a Análise de Conglomerados da 1ª Fase e da 2ª Fase (n = 50 alunos)..... 70
- Gráfico 6 - Distribuição dos alunos do 5º ano/2º semestre ou do 6º ano quanto aos dois grupos criados (Clusters) no que se refere ao grau do Estigma dos alunos de acordo com a Análise de Conglomerados da 1ª Fase e da 2ª Fase (n = 58 alunos) 71
- Gráfico 7 - Distribuição dos alunos do 6º período quanto aos dois grupos criados (Clusters) no que se refere ao grau do Estigma dos alunos de acordo com a Análise de Conglomerados da 1ª Fase e da 2ª Fase (n = 48 alunos)..... 72
- Gráfico 8 - Avaliação da proporção de alunos com Grau I de estigma (menor estigma) pré-exposição e pós-exposição às estratégias educacionais do currículo novo (n = 156 alunos)..... 73

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Representação sintética baseada no Modelo de Atribuição de Corrigan et al. (2003). 30
- Figura 2 - Resumo do desenho do estudo: Avaliação das propriedades psicométrica do AQ-27 (Fase 1) e avaliação dos estigma, utilizando o AQ-26B, após a introdução das estratégias educacionais (Fase 2) 53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADM	Atitude Frente ao Doente Mental
AMP	Apoio Matricial em Psiquiatria
AQ	Attribution Questionnaire
ARS	Affective Reaction Scale
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAMI	Community Attitudes towards Mental Illness
CAQ	Client Attitude Questionnaire
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMI	Custodial Mental Illness
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DS	Dangerousness Scale
ESF	Estratégia Saúde da Família
GI	Grupo 1
GII	Grupo 2
GT	Grupo Tutorial
IUSM	Internato de Urgências em Saúde Mental
MICA	Mental Illness Clinicians' Attitudes
MINDUS	Mental Disorder Understanding Scale
NEDEM	Núcleo de Estudos e Desenvolvimento em Educação Médica
ODM	Opiniões Sobre a Doença Mental
OMI	Opinions About Mental Illness
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBL	<i>Problem-based learning</i> [Aprendizagem Baseada em Problemas]
PE	Projeto em Equipe
PL	Práticas de Laboratório

PMC	Práticas Médicas na Comunidade
PPGHC	<i>Psychological Problems in General Health Care</i>
RAPB	Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira
SMC	Saúde Mental Comunitária
SDS	Social Distance Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	transtorno mental
TMC	transtornos mentais comuns
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UNIFENAS-BH	Universidade José do Rosário Vellano - campus Belo Horizonte

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1	<i>Estigma e transtorno mental</i>	24
2.1.1	<i>Conceitos fundamentais</i>	24
2.1.2	<i>O modelo de atribuição</i>	29
2.1.3	<i>O estigma na população geral.....</i>	31
2.1.4	<i>Estigma entre profissionais de saúde e estudantes de medicina</i>	32
2.1.5	<i>Atitudes de alunos de medicina em relação à psiquiatria e à escolha da carreira médica.....</i>	32
2.2	<i>Escalas atitudinais e de avaliação do estigma.....</i>	35
2.3	<i>Estratégias educacionais de redução do estigma.....</i>	41
2.3.1	<i>Junto à população geral</i>	41
2.3.2	<i>Nas escolas médicas</i>	42
2.3.2.1	<i>A importância das metodologias ativas de aprendizagem.....</i>	42
2.3.2.2	<i>Estratégias de ensino direcionadas para a redução do estigma em relação às doenças mentais</i>	45
3	OBJETIVOS	49
3.1	<i>Objetivo geral.....</i>	49
3.2	<i>Objetivos específicos</i>	49
4	METODOLOGIA	50
4.1	<i>Cenário de desenvolvimento do estudo</i>	50
4.1.1	<i>Currículo antigo de Saúde Mental: em vigor do ano de 2003 até 2010.....</i>	50
4.1.2	<i>Currículo novo de Saúde Mental: a partir do ano de 2011.....</i>	50
4.2	<i>Aspectos éticos.....</i>	52
4.3	<i>Desenho do estudo</i>	52
4.3.1	<i>Fase 1 - Etapa 1: Adequação transcultural do questionário Attribution Questionnaire-27 (AQ-27P).....</i>	53
4.3.2	<i>Fase 1 - Etapa 2: Identificação das propriedades psicométricas do questionário Attribution Questionnaire (AQ-27B)</i>	55
4.3.2.1	<i>Recrutamento dos estudantes</i>	55
4.3.2.2	<i>Característica da amostra</i>	56
4.3.2.3	<i>Critérios de inclusão.....</i>	56
4.3.2.4	<i>Critérios de exclusão.....</i>	56
4.3.2.5	<i>Aplicação do AQ-27B.....</i>	56
4.3.3	<i>Fase 2 - Avaliação do impacto das estratégias educacionais a partir da mensuração do estigma após a passagem dos alunos pelas estratégias educacionais.....</i>	57
4.3.3.1	<i>Recrutamento dos estudantes</i>	57
4.3.3.2	<i>Característica da amostra</i>	57
4.3.3.3	<i>Critérios de inclusão.....</i>	57
4.3.3.4	<i>Critérios de exclusão.....</i>	57
4.3.4	<i>Aplicação do AQ-26B</i>	57
4.3.4.1	<i>Análise estatística.....</i>	58
5	RESULTADOS	60

5.1	<i>Fase 1 - Etapa 1: Adequação transcultural do questionário de atribuição de estigma relacionado à doença mental.....</i>	<i>60</i>
5.2	<i>Fase 1 - Etapa 2: Avaliação dos parâmetros psicométricos do questionário de atribuição de estigma relacionado à doença mental</i>	<i>60</i>
5.2.1	<i>Dados pessoais, aspectos acadêmicos e história da amostra de alunos</i>	<i>60</i>
5.2.2	<i>Análise fatorial.....</i>	<i>61</i>
5.3	<i>Análise de conglomerados (clusters).....</i>	<i>64</i>
5.3.1	<i>Comparação dos conglomerados em relação ao momento curricular dos alunos ..</i>	<i>67</i>
5.4	<i>Fase 2 - Avaliação do estigma por meio do AQ-26B.....</i>	<i>68</i>
5.4.1	<i>Análise comparativa entre alunos que participaram Fase 1 e os alunos que participaram da Fase 2 do estudo</i>	<i>68</i>
5.4.2	<i>Dados pessoais, de situação acadêmica e familiar dos alunos</i>	<i>69</i>
5.4.3	<i>Avaliação do impacto das estratégias educacionais no grau de estigma dos alunos a partir da análise de conglomerado.....</i>	<i>70</i>
5.4.4	<i>Avaliação do impacto das estratégias educacionais em relação aos oito fatores definidos pela análise fatorial.....</i>	<i>73</i>
5.4.5	<i>Avaliação dos oito fatores de estigma resultantes da análise fatorial de acordo com a exposição às estratégias educacionais do currículo novo na Fase 2 do estudo ..</i>	<i>74</i>
6	DISCUSSÃO	76
6.1	<i>Escalas de mensuração do estigma e a versão brasileira do Attribution Questionnaire (AQ-26B).....</i>	<i>76</i>
6.2	<i>Avaliação do estigma ao longo do currículo médico a partir da análise de conglomerados (clusters).....</i>	<i>80</i>
6.3	<i>A eficácia das estratégias educacionais sobre o estigma dos alunos do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH.....</i>	<i>81</i>
6.3.1	<i>Considerações gerais.....</i>	<i>81</i>
6.3.2	<i>Saúde Mental Comunitária (SMC)</i>	<i>84</i>
6.3.3	<i>Apoio Matricial em Psiquiatria (AMP)</i>	<i>85</i>
6.3.4	<i>Internato de Urgências em Saúde Mental (IUSM)</i>	<i>87</i>
7	CONCLUSÕES	89
8	REFLEXÕES EDUCACIONAIS	90
9	DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS DA TESE.....	92
9.1	<i>Apresentação de trabalho</i>	<i>92</i>
9.2	<i>Publicações.....</i>	<i>92</i>
9.3	<i>Artigo submetido para publicação</i>	<i>92</i>
10	PERSPECTIVAS.....	93
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
	GLOSSÁRIO DAS MEDIDAS DE ADEQUACIDADE DA ANÁLISE FATORIAL ...	104
	ANEXO A - Matriz Curricular	106
	ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)	107

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	109
ANEXO D - Attribution Questionnaire-27	111
ANEXO E - Questionário de Atribuição-27	119
ANEXO F - Questionário de Atribuição - AQ-26B.....	126
ANEXO G - Questionário suplementar.....	130
ANEXO H - Poster apresentado na AMEE 2016: “Does a mental health education program change medical students’ attitudes towards people with mental illness?”.....	132
ANEXO I - Poster apresentado no The Network Towards Unity for Health Annual Conference - Poster: “Students go crazy about mental health”	133
ANEXO J - Publicação na Revista Medical Education: “Changing medical students’ attitudes about mental health”	134
ANEXO K - Artigo submetido à revista Cadernos de Saúde Pública: “Instrumento para estudo de estigma relacionado às doenças mentais: Versão Brasileira do Attribution Questionnaire - adaptação transcultural e validação de propriedades psicométricas”	135

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Reforma da Assistência Psiquiátrica Brasileira (RAPB) têm trazido contribuições importantes na reformulação da atenção em saúde no país. Ambas defendem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem uma mudança no modelo de assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária/familiar, em detrimento do modelo tradicional, centralizador e voltado para o hospital. Tais políticas trouxeram avanços no processo de municipalização da saúde e têm contribuído para a transformação do modelo assistencial vigente, gerando maior demanda assistencial em unidades básicas de saúde (MATEUS et al., 2008).

A prevalência média de transtornos mentais entre os pacientes de unidades gerais de saúde gira em torno de 24%, de acordo com uma investigação multicêntrica da Organização Mundial de Saúde (OMS) no início dos anos 90, denominada *Psychological Problems in General Health Care* (PPGHC/OMS), desenvolvida em 15 países, inclusive no Brasil (VILLANO et al., 1995). Há também quadros de caráter agudo, com menor gravidade dos sintomas, e que remitem espontaneamente, os denominados transtornos mentais comuns (TMC). A presença de TMC está associada a indicadores sociodemográficos e econômicos, tais como pobreza, baixa escolaridade, sexo feminino, bem como a ocorrência de eventos de vida desencadeantes. No Brasil, uma pesquisa multicêntrica realizada em quatro capitais, no contexto da atenção primária, identificou prevalências de TMC: Rio de Janeiro, 51,9%; São Paulo, 53,3%; Porto Alegre, 57,7% e Fortaleza, 64,3% (GONÇALVES; MARI; BOWER, 2014).

É sabido que os transtornos psiquiátricos representam um terço da carga global de doenças e que transtornos psiquiátricos mais graves, como a esquizofrenia estão associados a uma taxa maior de problemas físicos de saúde e decréscimo da expectativa de vida de 12 a 15 anos, por apresentarem maior associação com obesidade, sedentarismo, tabagismo e maior risco de suicídio (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016).

Dados da literatura apontam que os médicos que atuam na atenção primária de saúde não estão preparados para atender, com qualidade e de forma resolutiva, os casos de transtorno mental no âmbito da comunidade, o que aponta para a necessidade da criação de estratégias educacionais em saúde mental para esses profissionais (PEREIRA; DA COSTA; MEGALE, 2012). Além disso, a literatura nacional (PELUSO; BLAY, 2011) e internacional (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2003) tem demonstrado que parcelas significativas da população, incluindo profissionais de saúde, possuem uma visão muito estigmatizada dos

portadores de transtornos mentais, o que pode contribuir para a exclusão social, baixa qualidade assistencial e dificuldade de acesso ao tratamento em saúde (JONES; HOWARD; THORNICROFT, 2008; RÜSCH; ANGERMEYER; CORRIGAN, 2005; HARRIS; BARRACLOUGH, 1998).

O equacionamento de recursos humanos na área da saúde mental é imprescindível para a consolidação da RAPB. A maioria dos profissionais ligados à área de saúde mental encontra-se nos grandes centros urbanos, os programas de capacitação formal são insuficientes e concentrados geograficamente, sem mecanismos de supervisão continuada ou de fixação dos psiquiatras no interior (MATEUS et al., 2008). Em razão disso, os usuários ainda são encaminhados para internações em centros maiores, onde se concentram os hospitais psiquiátricos. Além disso, a resistência de profissionais de saúde em atender a essa população, piora suas condições gerais de saúde. Daí a necessidade de melhorar a capacidade resolutiva do médico generalista no que tange ao cuidado do portador de transtorno mental, tanto daqueles que atuam no mercado de trabalho quanto daqueles que ainda estão em formação nos cursos de graduação das escolas médicas, pois assim será garantido a resolução dos casos mais comuns e a identificação precoce dos casos mais graves.

Desde a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) enfatizando a formação generalista do médico brasileiro (BRASIL, 2001a) observa-se grande expansão do número de escolas médicas no Brasil, saltando de 115 para 271 escolas. A carga horária curricular dos cursos médicos, relacionada à saúde mental/psiquiatria, até o momento, tem se mostrado insatisfatória, de cunho predominantemente teórico, com oferta insuficiente de estágios práticos, privilegiando-se o modelo biomédico e hospitalar, em detrimento dos aspectos psicossociais e comunitários (FERNANDES et al., 2013). O contexto descrito até aqui aponta para uma necessidade inequívoca de reformulação dos currículos médicos: conteúdos, cenários e estratégias educacionais relacionados ao cuidado dos portadores de transtornos mentais no Brasil. Atento às necessidades de formação de médicos no Brasil, o Ministério da Educação, por meio da revisão das DCN para o curso de graduação em medicina, incluiu a saúde mental como uma das áreas de formação do Internato Médico Supervisionado (BRASIL, 2014).

Em sintonia com as necessidades atuais de formação em saúde mental, o curso de Medicina em que o autor deste trabalho é professor na Universidade José do Rosário Vellano, campus Belo Horizonte (UNIFENAS-BH), implantado em 2003, desencadeou, após a formatura da primeira turma em 2008, um processo natural de reflexão sobre o conteúdo e estratégias de ensino até então praticadas. Na época, detectou-se a defasagem curricular em

atividades relacionadas à Psicologia Médica, Psiquiatria e às Políticas de Saúde Mental (PEREIRA, 2009). A identificação da necessidade inequívoca de instituir mudanças curriculares que ampliassem as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) em saúde mental dos alunos de medicina, fez com que o Curso de Medicina da UNIFENAS-BH propusesse a implantação longitudinal de três estratégias educacionais complementares, desenvolvidas em cenários diversificados e de complexidade crescente, inseridas inteiramente na rede assistencial do SUS/BH, o que permitiria ao estudante de medicina, em cenários reais de prática, contato direto com o portador de transtorno mental. Essa tendência de aproximação do curso médico com a rede assistencial de saúde, no contexto de uma educação baseada na comunidade, faz parte de um movimento internacional importante (FRENK et al., 2010), e já representa a realidade de diversas escolas médicas brasileiras, como relatado por Bollela et al. (2014).

O novo currículo em saúde mental do curso de Medicina da UNIFENAS-BH tornou-se alvo do estudo de doutorado do autor, sob a ótica de se avaliar o impacto das estratégias educacionais implantadas sobre o estigma dos estudantes em relação ao portador de transtorno mental, haja vista a relevância do tema no dia a dia do médico generalista que necessita cuidar desse indivíduo e zelar por suas relações com o meio em que vive. A remoção de barreiras ao tratamento de transtornos mentais e o treinamento e supervisão de profissionais de saúde não especialistas, foram duas prioridades de pesquisa identificadas recentemente em nosso meio (GREGÓRIO et al., 2012).

De acordo com Thornicroft et al. (2008), o estigma relacionado às doenças mentais se expressa a partir de três aspectos principais: desconhecimento sobre o adoecimento psíquico, o desenvolvimento de ideias preconceituosas e atitudes discriminatórias. A redução do estigma, por sua vez, está fortemente vinculada a duas ações práticas: a experiência de contato direto e pessoal com portadores de transtornos mentais e a promoção de propaganda dirigido à população geral.

Reforçando a relevância da proposta, dados preliminares sobre a avaliação da implantação do novo currículo foram promissores em apontar uma mudança de postura dos alunos frente à doença mental, contribuindo para uma postura ética na formação médica que considere a diversidade humana e uma redução da estigmatização dos portadores de transtornos mentais graves (PEREIRA; HOLANDA, 2013). Ainda, Pereira e Andrade (2014), a partir de observações de campo e análise de conteúdo de 65 portfólios de alunos que haviam participado do Internato de Urgências em Saúde Mental (IUSM) nos anos de 2013 e 2014, identificaram o

efeito dessa estratégia educacional na mudança de atitude de vários alunos. Duas falas bastante representativas retiradas de portfólios de dois alunos, são reproduzidas abaixo:

Durante esse tempo que passei no internato, eu percebi que não é difícil entendê-los, o que eu tinha mesmo era medo, e assim treinado, exercitando cada vez mais a forma de conversar com eles, abordá-los, e com a ajuda dos meus preceptores pude perder meu medo.

As minhas dúvidas aos poucos foram se esclarecendo, os meus medos e preconceitos foram acabando aos poucos, já começava a enxergar este bloco com outros olhos... Por incrível que pareça no final dessa semana estava percebendo que estava gostando de psiquiatria.

Desta forma, buscou-se identificar os efeitos das estratégias educacionais de saúde mental sobre o estigma de alunos de medicina frente aos portadores de transtornos mentais, com a intenção de contribuir para o desenvolvimento de modelos educacionais em saúde mental que promovam mudanças atitudinais positivas junto aos alunos de medicina e que sejam passíveis de reprodução no contexto da educação médica brasileira.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estigma e transtorno mental

2.1.1 *Conceitos fundamentais*

Apenas no século XX é que os processos de estigmatização e as suas consequências começaram a ser estudados de forma aprofundada, sendo Goffman (1963) um dos seus precursores. Este autor introduziu o conceito de estigma mais utilizado até à atualidade. Segundo Goffman (1963), “[...] o processo de estigma acontece quando um grupo de pessoas atribui uma marca discriminatória ou característica distinta a outro grupo minoritário usualmente privando-o de direitos e privilégios que lhe deveriam estar associados”.

Goffman (1963) afirma que o estigma pode ser associado a diversos aspectos, como: anormalidades do corpo (deformidades físicas), condições de caráter individual (crenças falsas e rígidas, alcoolismo, homossexualidade, desemprego, vícios) e aspectos coletivos (raça, nação e religião).

Por outro lado, desenvolveu um modelo explicativo que distinguiu dois tipos de estigma: estigma visível e estigma invisível. Segundo Goffman (1963), o estigma visível é percebido ou sentido pelas pessoas que possuem uma determinada característica específica e, por isso, a principal preocupação é relativa à maneira de lidar com a tensão gerada na interação social. O estigma invisível só se torna real quando a característica é revelada, direta ou indiretamente. Neste sentido, surge a questão do controle da informação da sua própria condição e por isso, em muitas situações, as pessoas escondem a sua doença por vergonha ou medo de serem julgadas ou estigmatizadas. Esse parece ser o caso dos transtornos mentais.

Becker (1963) deu continuidade ao conceito de estigma proposto por Goffman (1963), ressaltando que os grupos sociais criam normas, cujas infrações constituem desvios e, como consequência, as pessoas infratoras são rotuladas como diferentes das restantes. De acordo com o seu ponto de vista, o estigma não é característica da atitude da pessoa, mas uma consequência da aplicação de normas sociais.

Corrigan et al. (2003) dividem o estigma em dois subtipos: o estigma público, que é objeto deste trabalho, e o autoestigma que consiste no estigma percebido pela própria pessoa. O autoestigma implica na pessoa desenvolver crenças negativas, acerca de si própria, como o sentido de incompetência e de fragilidade de sua personalidade e assumir essa crença como

realidade. Passa então a expressar reações emocionais negativas como, baixa autoestima e baixo sentimento de autoeficácia, o que pode prejudicar de forma significativa a sua vida.

Existe um conjunto de sinais que provoca reações estigmatizantes em relação aos portadores de transtornos mentais: sintomas da doença (afeto inadequado, comportamento bizarro), aspecto físico do doente mental (aspecto pouco atrativo, cuidados de higiene diminuídos), déficit de competências sociais (contato ocular, linguagem corporal, temas de conversas inapropriados). Estes sinais (estigmas) podem funcionar como estímulos para que mediadores cognitivos (conceitos) como os estereótipos e preconceitos atuem no sentido de promoverem um comportamento discriminatório (PENN; MARTIN, 1998).

Os estereótipos são ideias e conceitos aprendidos pela maioria das pessoas de um determinado grupo social (AUGOUSTINOS, AHRENS; INNES, 1994; MULLEN; ROZELL, JOHNSON, 1996¹ apud CORRIGAN et al., 2008) e representam coletivamente características relativas a um grupo através da categorização. Segundo Taguieff² (1997 apud BASTOS; FAERSTEIN, 2013), trata-se de ideias fixas, associadas a uma categoria social, que deforma, empobrece e simplifica sobremaneira a realidade. Para Dovidio et al.³ (2010 apud BASTOS; FAERSTEIN, 2013), podem ser traduzidos por um:

[...] conjunto de qualidades, que supostamente refletem a essência de um grupo humano; trata-se de uma crença sobre as características e atributos de um grupo e seus membros, que moldam a forma como os indivíduos pensam sobre eles e a eles reagem (DOVIDIO et al.⁴, 2010 apud BASTOS; FAERSTEIN, 2013, p. 118).

São vários os estereótipos e as crenças acerca da doença mental que podem influenciar as atitudes dos indivíduos, como o carácter imprevisível, violento e perigoso dos doentes (ANGERMEYER; MASTSCHINGER; CORRIGAN, 2004; CORRIGAN et al., 2001; PHELAN et al., 2000). Precisamente, devido ao conceito de periculosidade do doente mental, alguns autores consideram o medo e a exclusão ou segregação como estereótipos mais comuns

¹ MULLEN, B.; ROZELL, D.; JOHNSON, C. The phenomenology of being in a group: complexity approaches to operationalizing cognitive representation. In: NYE, J. L.; BROWER, A. M. **What's Social about Social Cognition?** Research on Socially Shared Cognition in Small Groups. London: Sage, 2013. p. 205-229.

² TAGUIEFF, P. A. **O racismo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

³ DOVIDIO, J. F. et al. Prejudice, stereotyping and discrimination: the theoretical and empirical overview. In: DOVIDIO, J. F. et al. (Eds.) **The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination**. London: Sage, 2010.

⁴ DOVIDIO, J. F. et al. Prejudice, stereotyping and discrimination: the theoretical and empirical overview. In: DOVIDIO, J. F. et al. (Eds.) **The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination**. London: Sage, 2010.

(HOLMES et al., 1999; CORRIGAN et al., 2004). Sadow e Ryder (2008) enfatizam igualmente o estereótipo de periculosidade como fator de afastamento e distanciamento social.

O preconceito surge a partir de uma crença sobre uma determinada categoria social (componente cognitivo), geralmente acompanhado de sentimento (componente afetivo). Segundo Dovidio et al.⁵ (2010 apud BASTOS; FAERSTEIN, 2013, p. 117), trata-se de: “atitude individual, subjetivamente, tanto positiva quanto negativa, contra grupos e seus membros, que cria ou mantém relações hierárquicas entre categorias sociais”.

A discriminação, por sua vez, implica em um conjunto de comportamentos observáveis que se caracterizam por “tratamento diferencial e desigual de pessoas ou de grupos em razão das suas origens, pertencças, aparências [...] ou opiniões, reais ou supostas” (TAGUIEFF⁶, 1997 apud BASTOS, FAERSTEIN, 2013, p. 118) ou “conjunto de comportamentos que criam, mantêm ou reforçam a situação de vantagem de alguns grupos e seus membros em relação a outros” (DOVIDIO et al.⁷, 2010 apud BASTOS; FAERSTEIN, 2013, p. 118).

De forma sintética, o preconceito se refere a uma ideia preconcebida sobre algo ou alguém e o estereótipo a um conjunto de crenças sobre a suposta essência de um grupo social, já a discriminação nos remete a um tratamento injusto à grupos específicos de pessoas (BASTOS; FAERSTEIN, 2013).

Atitudes autoritárias dirigidas aos portadores de transtornos mentais representam a crença de que eles pertencem a um grupo inferior comparativamente às pessoas normais e consequentemente necessitam de ser controlados e tratados de forma coercitiva (CORRIGAN et al., 2001). Ainda em relação ao autoritarismo, alguns autores defendem que a manifestação dessa atitude reflete a crença de que as pessoas com transtorno mental grave não apresentam condições para tomar decisões pessoais e por esse motivo devem ser tuteladas. Da mesma forma, atitudes paternalistas ou benevolentes refletem a tendência para se encarar o doente como pessoa que necessita de proteção e cuidado, tal qual uma criança, justificando mais uma vez a tutela (HOLMES et al., 1999; CORRIGAN et al., 2001).

Corrigan et al. (2004) realizaram um estudo onde procuraram relacionar atitudes estigmatizantes à política de distribuição de recursos de acordo com a tipologia dos serviços de

⁵ DOVIDIO, J. F. et al. Prejudice, stereotyping and discrimination: the theoretical and empirical overview. In: DOVIDIO, J. F. et al. (Eds.) **The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination**. London: Sage, 2010.

⁶ TAGUIEFF, P. A. **O racismo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

⁷ DOVIDIO, J. F. et al. Prejudice, stereotyping and discrimination: the theoretical and empirical overview. In: DOVIDIO, J. F. et al. (Eds.) **The SAGE handbook of prejudice, stereotyping and discrimination**. London: Sage, 2010.

saúde mental. Como resultados dessa investigação, o autor concluiu que não é incomum a associação simultânea de atitudes autoritárias e sentimento de pena dirigidos aos portadores de transtornos mentais. Neste sentido, verificou-se que os participantes que expressaram valores mais elevados de pena consideravam mais importante a disponibilização de recursos para o tratamento compulsivo. De igual forma, participantes que consideravam que os serviços de saúde mental deveriam ser coercitivos (forçando o doente a realizar o tratamento) e segregadores (centralizando os doentes mentais em serviços fora da sua comunidade) também atribuíram maior necessidade de recursos aos serviços para tratamento compulsivo comparativamente aos serviços de reabilitação.

Num outro estudo, Corrigan et al. (2005) investigaram adolescentes, procurando avaliar, além da familiaridade com a doença mental e a percepção de periculosidade, o conceito de responsabilidade, que consiste na atribuição do controle do aparecimento e gestão dos sintomas do transtorno ao próprio doente. Utilizaram, para isso, uma versão revista do questionário para atribuição de estigma, o AQ-27 (*Attribution Questionnaire*), em que apresentaram quatro vinhetas relativas a condições distintas para adolescentes: transtorno mental, transtorno mental ocasionado por tumor cerebral, abuso de álcool e leucemia. Concluíram que, tal como em estudos anteriores realizados com adultos, com adolescentes também existem variações nas atitudes discriminatórias de acordo com a condição de saúde apresentada, sendo a discriminação mais visível no caso de adolescentes que manifestaram problemas de abuso de álcool. Concluíram ainda que nessa amostra, a atribuição dos estereótipos de percepção de periculosidade e responsabilidade teve grande influência na promoção de comportamentos discriminatórios. No que se refere ao estereótipo responsabilidade, investigações anteriores sugerem que as pessoas com transtorno mental, comparadas a pessoas com câncer ou doenças cardíacas, são vistas como mais responsáveis pelo seu estado (CORRIGAN et al., 2005).

Além dos estereótipos e das atitudes supracitadas, existem ainda mitos relacionados com a doença mental que influenciam a forma como a sociedade interage com o doente mental.

[...] o mito é uma realidade cultural extremamente complexa, que pode ser abordada e interpretada em perspectivas múltiplas e complementares... o mito conta uma história sagrada, [...] uma realidade que passou a existir, quer seja uma realidade total, o Cosmos, quer apenas um fragmento, [...] um comportamento humano, é sempre portanto uma narração de uma criação, descreve-se como uma coisa foi produzida, como começou a existir (ELIADE, 2000, p. 12).

Thornicroft (2006) elaborou uma lista de mitos acerca da doença mental, baseada em dois eixos principais: relacionados com a incapacidade (de trabalhar ou de se recuperar), e com a

causa da doença (unicamente genética, fragilidade da personalidade, má relação com os pais na infância, má educação, envelhecimento, deficiência mental, que só afeta outras pessoas e que é uma doença rara). Em relação à causalidade, há inclusive a crença de que a doença mental não é uma verdadeira doença médica.

Mais recentemente, autores como Phelan, Link e Dovidio (2013) têm defendido que estigma e preconceito são processos fundamentalmente semelhantes já que ambos envolvem categorização, rotulagem, estereotipagem e rejeição social, podendo resultar em condutas discriminatórias. Uma reflexão aprofundada sobre o funcionamento dos preconceitos e do estigma possibilitou a Phelan, Link e Dovidio (2013) definirem três funções principais a que servem: exploração e dominação; cumprimento de normas e controle social; evitação ou afastamento da doença. Essa linha de raciocínio propõe uma discussão mais ampla entre os processos culturais, as estruturas de poder e as possibilidades de resistência que permitem uma compreensão mais social e política desses processos (LINK; PHELAN,⁸ 2001 apud PARKER, 2013). Daí a importância dos movimentos sociais e do debate político atual sobre as políticas públicas de grupos populacionais específicos, o que inclui o cenário dos portadores de transtornos mentais e, mais recentemente, dos dependentes químicos.

Parker (2012), outro importante teórico contemporâneo sobre o estigma, reconhece os avanços conceituais recentes sobre o tema e considera que o estigma não é apenas o resultado de atitudes psicológicas individuais, mas é também um produto da inequidade social e econômica, gerando relações de poder e controle no tecido social, o que se traduz pela visibilidade de grupos mais e outros menos socialmente valorizados e reconhecidos. Além disso, muito ainda é necessário ser feito com o intuito de diminuir as práticas discriminatórias através da implantação de políticas públicas, programas e intervenções mais efetivas que reduzam o estigma e o preconceito.

A ampliação da Rede Assistencial em Saúde Mental de base comunitária, como eixo central da RAPB definida a partir da Lei n. 10.2016, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001b), parece reconhecer a importância desses elementos, na medida em que defende como prática de saúde pública os princípios da equidade, direitos humanos e da justiça social, como elementos chave na relação com os usuários do SUS. Esse perfil de serviços de saúde parece mais adequado a uma formação médica que defende uma posição ética de reconhecimento da diversidade humana e da possibilidade de uma convivência social, derrubando estereótipos e preconceitos que sabidamente podem interferir com a prática do futuro profissional de saúde.

⁸ LINK, B.; PHELAN, J. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, v. 27, p. 363-385, Aug. 2001.

2.1.2 O modelo de atribuição

Uma importante contribuição para o entendimento do estigma e seus fenômenos por parte da sociedade em relação ao portador de transtorno mental foi o modelo proposto por Corrigan et al. (2003) “*attribution model of public discrimination towards people with mental illness*”, elaborado com base no “*attribution model of helping behaviour*” de Weiner (1980). O conceito *Attribution*, que traduzindo se refere à explicação ou atribuição, à luz da psicologia social representa a forma como os indivíduos explicam a causa dos eventos, o comportamento dos outros e o seu próprio comportamento.

Heider (1958) foi o primeiro autor a propor uma teoria psicológica da atribuição que posteriormente foi desenvolvida por Weiner (1980) e transformada num quadro teórico que se tornou em um dos maiores paradigmas da investigação na psicologia social. Segundo a teoria da atribuição, o ser humano procura sempre perceber e determinar o motivo pelo qual os outros indivíduos manifestam um determinado comportamento, tentando atribuir uma ou mais causas ao referido comportamento. Heider (1958) defende que o ser humano, espontaneamente, elabora inferências causais perante determinado acontecimento, inferências estas que podem se transformar em crenças ou expectativas e conduzir a um processo de predição da própria evolução do acontecimento, influenciando significativamente o comportamento do indivíduo.

Segundo Heider (1958), existem dois subtipos de atribuições possíveis: interna, quando o comportamento do outro é percebido como causa de fatores como personalidade, caráter, disposição, entre outros e, externa, quando se infere que o comportamento da pessoa é consequência de um fator externo relacionado com a situação em que está envolvida. Essa teoria permite analisar como os indivíduos interpretam os eventos e em que medida essas interpretações estão relacionadas com a sua forma de pensar e de agir.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Corrigan et al. (2003) desenvolveram um quadro teórico relacionado à forma de como as pessoas respondem à doença mental que serviu de base para a criação de um questionário para avaliação do estigma dirigido a portadores de transtornos mentais AQ-27 (*Attribution Questionnaire*). O modelo proposto define três processos cognitivo-emocionais que determinam o comportamento: processo de atribuição, percepção de periculosidade e efeitos da familiaridade com a doença mental.

Segundo esses autores, no que se refere à atribuição, o indivíduo tende a construir explicações relativas à causa e à capacidade de controle de um determinado comportamento de outro indivíduo, relacionando estes aspectos com o fator responsabilidade. De acordo com o tipo de inferência produzida pelo observador, poderão ocorrer reações emocionais e,

consequentemente, comportamentos de ajuda ou rejeição. No caso de se considerar que a causa do comportamento alterado está sob o controle do indivíduo, portanto, que ele é responsável pelo seu estado, geralmente a reação sobre o indivíduo é de rejeição. Por outro lado, se a causa da doença for associada a fatores externos ao indivíduo, a atribuição de responsabilidade diminui e, consequentemente, prevê-se a diminuição das respostas emocionais negativas e o aumento dos comportamentos de ajuda.

No que tange à percepção de periculosidade, os autores concordam ser este o estereótipo mais relacionado à doença mental, desencadeando atitudes e respostas sociais negativas dirigidas aos portadores de transtornos mentais, em particular a do distanciamento social (CORRIGAN et al., 2003; PHELAN et al., 2000).

No que se refere à familiaridade com a doença mental, Angermeyer, Mastschinger e Corrigan (2004) e Penn e Couture (2002) confirmam nas suas pesquisas que quanto maior é o nível de familiaridade, menor é o nível de estigma, de desejo de se evitar o contato social e de percepção de periculosidade. Arvaniti et al. (2008) apresentaram conclusões idênticas a propósito do estudo que realizaram com profissionais da área da saúde. Uma síntese do que foi discutido até aqui está representada na Figura 1.

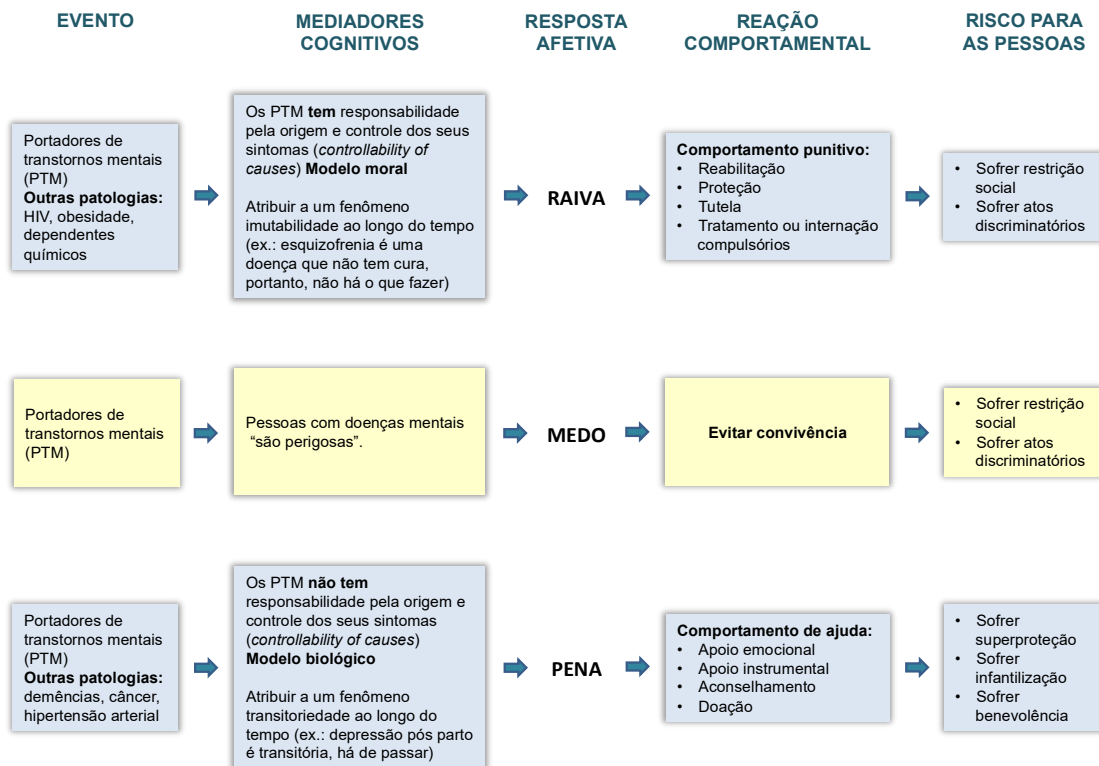


Figura 1 - Representação sintética baseada no Modelo de Atribuição de Corrigan et al. (2003).

2.1.3 *O estigma na população geral*

A estigmatização relacionada aos transtornos mentais e, em especial, aos transtornos mais graves como a esquizofrenia e outras psicoses, foram amplamente pesquisados. Textos clássicos como a História da Loucura, de Michel Foucault, lançado em 1972, além de estudos conceituais e populacionais mais recentes (CRISP et al., 2000; ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2003; CORRIGAN et al., 2003; THORNICROFT et al., 2009) apontam para uma postura social pouco acolhedora e preconceituosa dirigida à essa população, e em especial aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes, como a esquizofrenia, o que pode gerar atitudes discriminatórias e suas consequências negativas, como segregação social, baixa auto estima e dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Quando consideramos a população sul americana e caribenha, essa realidade parece diferenciar pouco dos países do chamado primeiro mundo, como demonstraram bem duas revisões sobre o assunto (PELUSO; BLAY, 2004; MASCAYANO et al., 2016). Os achados relacionados à população geral foram próximos de outros estudos realizados em países desenvolvidos do ocidente, ou seja, em geral, a população cultiva a crença de que portadores de doenças mentais são perigosos e violentos. Além do mais, os achados relacionados aos profissionais de saúde indicaram uma atitude negativa dirigida aos portadores de transtornos mentais. Esses achados foram confirmados por estudos recentes que pesquisaram a atitude da população geral da maior cidade brasileira (PELUSO; BLAY, 2011) e de psiquiatras provenientes de diversas regiões do Brasil (LOCH et al., 2011) em relação à pacientes portadores de esquizofrenia.

Uma meta análise realizada recentemente demonstrou como a atitude relacionada às doenças mentais variou pouco desde a década de 1990 (SCHOMERUS et al., 2012). Apesar dos estudos populacionais avaliados incluírem apenas países ocidentais industrializados, duas conclusões foram bastante expressivas e parecem reproduzir a realidade de outros países. Apesar do aumento expressivo do conhecimento biomédico sobre as doenças mentais, em particular da visão de que as doenças mentais são patologias do cérebro e, portanto, “*iguais às outras*” terem contribuído para uma maior aceitação do tratamento desses problemas por profissionais de saúde, essa visão não diminuiu o estigma em relação às doenças mentais. De fato, parece que em relação à esquizofrenia houve até mesmo uma piora na avaliação da população, provavelmente por considerar que fatores genéticos e biológicos possam diminuir o otimismo em relação ao tratamento e aumentar a sensação de imprevisibilidade dos seus atos, grande responsável pela noção de periculosidade que gera medo e exclusão social. Nesse

sentido, os autores concluem que apenas adquirir mais conhecimento sobre os fatores biológicos envolvidos na causa do comportamento patológico não melhora a atitude das pessoas em relação aos portadores de transtornos mentais, em particular dos quadros psiquiátricos mais severos. Parece ser de grande importância que se construa uma imagem pública da doença mental a partir de um modelo mais equilibrado, que considere também os aspectos psicossociais como importantes na gênese das patologias mentais. Talvez isso possa contribuir com uma visão social mais positiva sobre os portadores de transtornos mentais no futuro.

2.1.4 Estigma entre profissionais de saúde e estudantes de medicina

De acordo com Vibha, Saddichha e Kumar (2008), poderia se supor que a um maior nível educacional, ao qual corresponde a formação acadêmica dos profissionais de saúde, correspondessem atitudes menos estigmatizantes relacionadas aos portadores de transtornos mentais. No entanto, autores como Kopera et al. (2015), Hinshaw e Stier (2008), Thornicroft et al. (2008), Thornicroft, Rose e Kassam (2007), Schulze (2007), Nordt, Rössler e Lauber (2006) e Crisp et al. (2000) encontraram resultados que não sustentaram essa premissa, sendo identificadas posturas ambivalentes e negativas direcionadas à essa população, mesmo provenientes de profissionais de saúde.

Nos últimos anos, alguns estudos se dedicaram estudar a atitude de estudantes de medicina em relação ao doente mental. Alguns identificaram uma atitude predominantemente negativa ou ambivalente (KOPERA et al., 2015; NEUMANN; OBLIERS; ALBUS, 2012; KORSZUN et al., 2012; LLERENA; CÁCERES; PEÑAS-LLEDÓ, 2002; MUKHERJEE et al., 2002) e outros mais positiva (O'CONNOR et al., 2013), especialmente entre as mulheres (PINGANI et al., 2016; NEUMANN; OBLIERS; ALBUS, 2012; KORSZUN et al., 2012).

2.1.5 Atitudes de alunos de medicina em relação à psiquiatria e à escolha da carreira médica

Um número mais extenso de pesquisas investigou as atitudes de alunos de medicina frente à psiquiatria e à psiquiatria enquanto futura escolha de carreira médica. Uma importante revisão sobre o assunto foi publicada recentemente por Lyons (2013). A revisão incluiu 32 estudos de recorte transversal, de 22 países diferentes, incluindo 12.144 alunos, de 74 escolas médicas, entre 1990 e 2011. Tradicionalmente, a escolha da psiquiatria como futura especialidade médica é baixa: um aluno apenas (dois estudos), menos de 5% dos alunos (14 estudos), entre 5% e 10% dos alunos (três estudos), em mais de 10% dos alunos (seis estudos). Os aspectos positivos para

a escolha da especialidade foram: desafio intelectual, percepção da eficácia da psiquiatria, ganhos pessoais, aspectos da carreira, percepção positiva da psiquiatria como profissão. Em relação aos aspectos negativos, destacaram-se: percepção da falta de embasamento científico da psiquiatria, baixo status, prestígio e remuneração da especialidade, dificuldades de se relacionar e de tratar portadores de transtorno mental (TM), frustração com a psiquiatria, falta de oportunidades em usar habilidades clínicas e a percepção do psiquiatra como modelo ruim para a profissão. Ter tido uma experiência positiva em psiquiatria durante o curso médico é um estímulo para escolha de carreira. A maioria dos estudos identificou um misto de atitudes positivas e negativas, com predomínio geral das positivas, associadas à: ser mulher, ter um histórico de atividades artísticas e não científicas, além de ter membros da família com TM. Essa talvez seja uma tendência mais recente entre alunos de medicina, mas que não expressa, necessariamente, uma atitude mais positiva relacionada às doenças psiquiátricas.

A autora conclui da seguinte forma:

- 1) é imperativo a organização de currículos inovadores, que incluam as ciências do comportamento no período clínico e pré-clínico com o intuito de diminuir o estigma relacionado aos TM;
- 2) o foco deve ser a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes na área, relevantes para a prática médica geral;
- 3) importante oferecer disciplinas eletivas, mentoria, ter professores carismáticos e investir no relacionamento positivo com os alunos durante o curso – *Role Model* satisfatório.

Uma revisão mais recente dessa mesma autora (LYONS, 2014), analisou o impacto dos estágios curriculares de psiquiatria na mudança de atitudes e escolha de carreira em relação à psiquiatria. A autora incluiu, dessa vez, apenas estudos do tipo *pre-post-design* que compararam os mesmos alunos antes de depois das práticas curriculares. Foram identificados 26 artigos de língua inglesa, de 19 países diferentes, que incluíram 3.747 alunos, entre os anos de 1990 e 2013. As atividades práticas, que variaram entre três e 16 semanas (média = 5,5 semanas), foram oferecidas em diversos cenários de prática, tais como: ambulatórios, enfermagem hospitalar, serviços de urgência, serviços comunitários, de reabilitação, dependência química, psiquiatria forense, psicoterapia, plantão noturno, serviço para idosos e crianças, além de serviços de eletroconvulsoterapia. Atividades teóricas que compunham a unidade curricular, também foram oferecidas concomitantemente, tais como: aulas, seminários, grupos tutoriais (PBL), apresentação de casos, treinamento de habilidades, projetos de pesquisa, estudo autodirigido, entre outros.

De forma geral, 16 estudos (61%) indicaram ter havido uma melhora na atitude relacionada à psiquiatria após o estágio curricular. Nos outros 10, não houve mudanças. Dos 18 estudos que pesquisaram o interesse pela carreira médica, em nove os alunos atribuíram influência do estágio na escolha da psiquiatria enquanto especialidade médica. No entanto, observou-se que a melhora atitudinal inicialmente verificada apresentou uma queda na medida em que os alunos progrediam no currículo. A oferta de atividades curriculares no início (período pré-clínico) e no final de curso, bem como a maior duração das atividades, estavam correlacionadas à escolha da psiquiatria enquanto carreira médica. Observou-se também que as mulheres e os alunos que apresentaram uma atitude mais positiva em relação à psiquiatria expressaram maior interesse na psiquiatria, enquanto escolha da especialidade médica.

A autora concluiu que para uma especialidade tão impopular quanto é a psiquiatria, as experiências curriculares ofertadas no currículo médico são de fundamental importância na constituição de atitudes mais positivas relacionada à essa área da medicina. E que os educadores médicos devem oferecer atividades curriculares bem estruturadas e organizadas, longitudinalmente distribuídas, de caráter eminentemente prático, prioritariamente em regime ambulatorial e que busquem diminuir o estigma relacionado à prática psiquiátrica e às doenças mentais.

Uma revisão sobre a escolha da psiquiatria enquanto especialidade médica no Brasil, foi publicada recentemente por Fernandes et al. (2013). Os autores identificaram que havia uma carência de psiquiatras no Brasil, apenas 3,3 psiquiatras para cada 100.000 habitantes. Além disso, o interesse por essa especialidade médica era baixo, já que no ano de 2013, 27% das vagas de residência para psiquiatria não haviam sido preenchidas, especialmente nas regiões norte e nordeste do Brasil, onde há uma maior carência por esse profissional. Concluíram que as maiores razões que contribuíam para esse problema eram: o estigma relacionado à doença mental e à psiquiatria, a baixa exposição dos alunos dos cursos de graduação médica à psiquiatria e a necessidade de se investir na Rede de Assistência em Saúde Mental no país.

Embora a criação de interesse pela psiquiatria não tenha sido um objetivo explícito da introdução das estratégias curriculares de saúde mental no currículo do curso de Medicina da UNIFENAS-BH, é possível que o aumento da carga horária curricular e a qualidade das estratégias curriculares oferecidas possam influir no interesse de um número maior de alunos pela saúde mental/psiquiatria, o que poderia contribuir com uma melhor assistência à população.

2.2 Escalas atitudinais e de avaliação do estigma

No Brasil, foram identificadas duas escalas validadas que medem atitudes/opiniões sobre as doenças mentais. A primeira, a escala de atitudes – Opiniões Sobre a Doença Mental (ODM), traduzida e validada para o nosso meio por Rodrigues (1983), a partir da escala original de Cohen e Struening (1962) – *Opinions About Mental Illness Scale* (OMI). Essa escala é composta de 51 afirmações do tipo Likert, e suas opções de respostas variam segundo uma sequência progressiva de seis pontos de concordância, desde “concordo totalmente” até “discordo totalmente”. Ela é dividida em seis fatores: autoritarismo, benevolência, ideologia de higiene mental, restrição social, etiologia interpessoal, etiologia de esforço mental, visão minoritária. Essa escala foi utilizada em estudos brasileiros que avaliaram atitudes relacionadas à doença mental em estudantes do curso de enfermagem (PEDRÃO et al., 2003; AVANCI et al., 2002) e em profissionais de saúde que atuavam em serviços de urgência psiquiátrica (SOARES; RUZZON; BORTOLETTO, 2014).

A segunda foi desenvolvida por pesquisadores brasileiros – Atitude Frente ao Doente Mental (ADM), na década de 80, por Pasquali et al. (1987a; 1987b). Essa escala é composta de 70 itens e cinco fatores, quais sejam: incapacidade, desorientação, violência, desvio sexual e alienação. Aparentemente foi utilizada em apenas um estudo brasileiro, comparando a atitude de 153 alunos, calouros e veteranos, de três cursos superiores na cidade de Vitória, no Espírito Santo: medicina (n = 66), psicologia (n = 51) e serviço social (n = 36) (MARTINS, 1987). O autor concluiu que o treinamento universitário parece modelar as atitudes em relação ao doente mental, já que se observou uma diferença estatisticamente significativa entre os estudantes de medicina e psicologia, com os últimos expressando menos atitudes negativas, se comparados aos primeiros.

As duas escalas descritas acima não foram utilizadas na tese por não contemplarem diretamente os objetivos do estudo (mensurar estigma), eram muito longas, ou mostravam defasagem em relação ao tempo.

Duas outras escalas, que avaliam atitudes gerais de estudantes de medicina em relação ao curso médico, também foram validadas em nosso meio, mas também não foram consideradas por não se adequarem aos objetivos do estudo.

A primeira, é a Escala de Atitudes Frente à Algumas Fontes de Tensão do Curso Médico, desenvolvida por Colares et al. (2002). Do tipo Likert, com 52 itens, agrupada em seis fatores: aspectos psicológicos e emocionais em doenças orgânicas e mentais (11 itens), aspectos relacionados à doença mental (8 itens), manejo de situações relacionadas à morte (8 itens),

atenção primária à saúde (11 itens), contribuição do médico ao avanço científico da medicina (6 itens), outros aspectos relacionados à atuação médica e às políticas de saúde (8 itens).

A segunda, trata-se da Escala de Atitudes Embasada nas DCN do Curso de Graduação em Medicina de 2001, desenvolvida por Miranda et al. (2009). Do tipo Likert, com 102 itens, agrupada em cinco dimensões: social (24 itens), ambiência (16 itens), crenças (16 itens), conhecimento (30 itens) e ética (16 itens).

Busca na literatura identificou três estudos que revisaram os instrumentos desenvolvidos para a mensuração do estigma (KASSAM et al., 2010; BROHAN et al., 2010; LINK et al., 2004). Observou-se um crescente interesse por esse assunto, especialmente nos últimos 15 anos, além da dificuldade da criação de um único instrumento que possa medir a complexidade do fenômeno.

Kassam et al. (2010) identificaram dez escalas voltadas para avaliação do estigma junto à população geral e profissionais de saúde (Quadro 1). Todas elas apresentavam limitações para a sua utilização: por não apresentarem itens específicos voltados para alunos de medicina, por não terem sido usadas na avaliação de intervenção educacionais promovidas para a redução de estigma, ou por não apresentarem propriedades psicométricas amplamente avaliadas.

Apenas uma foi intencionalmente idealizada para estudantes de medicina – Mental Illness Clinicians' Attitudes (MICA) Scale, desenvolvida pela própria Kassam et al. (2010). A versão final da escala, de 16 itens, tipo Likert de seis pontos, aborda elementos relacionados ao estigma em relação à doença mental, mas também investiga a atitude dos alunos de medicina em relação à psiquiatria. Mostrou adequadas propriedades psicométricas, mas não havia ainda sido utilizada para avaliar o impacto de estratégias educacionais na redução de estigma em escolas médicas e não havia versão em português.

Quadro 1 Escalas utilizadas para avaliação de atitudes relacionadas a doenças mentais dirigidas ao público geral ou profissionais de saúde

Escala	Autores e ano de publicação	Observações
Mental Illness Clinician's Attitudes (MICA)	Kassam et al. (2010)	Mede atitudes de alunos de medicina em relação à doença mental e à psiquiatria, propriedades psicométricas testadas, possui 28 itens
Attribution Questionnaire (AQ)	Corrigan et al. (2003)	Modelo teórico subjacente, várias propriedades psicométricas testadas, dirigida para população geral
Mental Disorder Understanding Scale (MINDUS)	Tanaka (2003)	Mede conceitos relacionados às doenças mentais e psiquiatria, mas não diretamente estigma
Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI)	Taylor e Dear (1981)	Muitos itens, apresentam várias sub escalas, consistência interna não determinada, dirigida para população geral
Social Distance Scale (SDS)	Link et al. (1987)	Mede apenas um aspecto do estigma
Dangerousness Scale (DS)	Guyatt, Walter e Norman (1987)	Mede apenas um aspecto do estigma
Affective Reaction Scale (ARS)	Guyatt, Walter e Norman (1987)	Mede apenas um aspecto do estigma
Client Attitude Questionnaire (CAQ)	Morrison e Becker (1975)	Mede o modelo biomédico da doença mental
Opinions About Mental Illness (OMI)	Cohen e Struening (1962)	Muitos itens, apresentam várias sub escalas, consistência interna não determinada, dirigida para população geral
Custodial Mental Illness (CMI)	Levinson e Huffman (1955)	Antiquada, várias propriedades psicométricas não avaliadas, 20 itens

NOTA: Adaptado de Kassam et al. (2010).

Brohan et al. (2010), por sua vez, identificaram 14 escalas, desenvolvidas originalmente na língua inglesa, relacionadas à auto percepção do estigma, ou seja, instrumentos desenvolvidos para serem aplicados em portadores de transtornos mentais. Dentro dessa perspectiva, a maioria das escalas apresentavam itens que correlacionavam: estigma percebido, estigma experimentado e auto estigma. A complexidade do tema sugere que os instrumentos de investigação devam mensurar mais de uma faceta do fenômeno, incluindo aspectos cognitivos, afetivos e de comportamento.

O Attribution Questionnaire (AQ-27) de Corrigan et al. (2003) se caracteriza por apresentar uma situação problema (vinheta de caso). Inicialmente Corrigan et al. (2003) propuseram uma versão de 21 itens e seis fatores. O número de itens e os respectivos valores de confiabilidade interna (Alfa de Cronbach) são descritos a seguir: Responsabilidade (3 itens - alfa = 0,70); Pena (3 itens - alfa = 0,74); Raiva (3 itens - alfa = 0,89); Medo (4 itens - alfa = 0,96); Ajuda/Atitude de Evitação (4 itens - alfa = 0,88); coerção/segregação (4 itens - 0,89). Posteriormente, os autores expandiram a versão para nove fatores e 27 itens, utilizados atualmente. Na ocasião, o estudo que definiu as propriedades psicométricas da escala utilizou

alunos universitários das áreas de psicologia, enfermagem, história, ciência política e segurança (n = 518).

Em ampla revisão sobre a mensuração do estigma relacionado à doença mental, Link et al. (2004) identificaram, até então, 19 estudos experimentais e nove não experimentais em que vinhetas haviam sido utilizadas, representando 22,7% do total de estudos realizados. Segundo esses mesmos autores, a utilização de vinhetas permite aos pesquisadores oferecer um estímulo mais elaborado do que apenas responder perguntas sobre doenças mentais. Além disso, a possibilidade de manipulação do conteúdo das vinhetas traz a vantagem de se testar hipóteses em estudos experimentais, de forma prática e barata e em diferentes populações. É importante reconhecer também, que a vinheta representa uma situação hipotética, não substituindo inteiramente a atitude de alguém na presença de uma pessoa real. Apesar dessas dificuldades, mostra-se um instrumento útil na composição de ferramentas para se mensurar o estigma.

Alguns anos depois, Brown (2008) aplicou uma análise fatorial exploratória do AQ-27, versão original em inglês, com o intuito de estudar mais detalhadamente suas propriedades psicométricas. O autor estudou 677 alunos de psicologia de uma instituição de ensino americana, predominantemente caucasianos, do sexo masculino (52,3%) com média de idade de 19,2 anos (DP = 1,5). Concluiu que uma solução de seis fatores representava uma variância total explicada de 65,29%, muito semelhante à encontrada no estudo original de Corrigan et al. (2003). O fator mais representativo da composição dessa escala foi o fator Medo/Percepção de Perigo (30,96%), seguidos de Ajuda/Interação (11,82%), Responsabilidade (7,54%), Coerção (6,12%), Empatia/Pena (4,66%), Emoções Negativas (4,19%). Os valores de confiabilidade avaliados pelo Alfa de Cronbach para cada um dos seis fatores analisados variou de 0,60 a 0,93, sendo o mais baixo relativo ao fator Responsabilidade e o mais alto relacionado aos fatores Medo/Percepção de Perigo. Com o intuito de testar a validade convergente da escala, ou seja, se ela mostra correlação alta com outros testes que se propõem a medir aspectos semelhantes (PASQUALI, 2007), esse autor comparou o AQ-27 com outras três escalas que avaliam estigma: Social Distance Scale (SDS), Dangerousness Scale (DS) e a Affective Reaction Scale (ARS). Não houve concordância dessas escalas com dois fatores, Responsabilidade e Empatia/Pena. Exatamente os fatores que apresentaram diferenças em relação ao sexo dos pesquisados. Responsabilidade foi identificada mais em homens ($p < 0,008$) enquanto que Empatia/Pena mais nas mulheres ($p < 0,008$). Esses achados foram compatíveis com a literatura já que os homens parecem expressar mais atitudes de estigmatização, quando comparados às mulheres (SCHENNER, KOHLBAUER, GUNTHER, 2011; LINK et al., 1987). Talvez essa tendência de gênero tenha relação com uma postura empática mais presente entre as mulheres,

como identificado pelos estudos clássicos de Hojat et al. (2002, 2009) e também no nosso meio (SCHWELLER et al., 2014). Essa diferença do componente de gênero não foi encontrada no estudo atual (vide resultados).

Na literatura internacional identificou-se apenas um estudo que aplicou a AQ-27 em alunos de medicina (MARQUES; BARBOSA; QUEIRÓS, 2011). Nesse estudo, a autora aplicou o AQ-27P em 643 alunos de cursos da área de saúde, sendo 414 no início do curso e 229 no final. Desses, 147 eram de medicina, 141 de enfermagem, 130 de psicologia, 157 de serviço social e 78 de terapia ocupacional. A amostra era predominantemente de mulheres (82%), solteiros (95%), com idade entre 17 e 51 anos ($M = 20,7$ e $DP = 4,29$). Em 19% dos alunos foram identificados familiares com doença mental, enquanto que amigos, colegas e vizinhos foram citados por 37% dos alunos estudados. Não houve qualquer pergunta sobre a saúde mental dos pesquisados. Comparando-se os alunos do início com os do final dos cursos, observou-se uma tendência geral a uma diminuição da estigmatização, com valores estatisticamente significativos relacionada aos fatores Pena, Medo, Ajuda e Segregação. Embora o N de cada curso possa ser considerado pequeno, limitando a interpretação dos achados, em relação aos alunos de medicina pesquisados observou-se o seguinte:

- a) Os fatores Responsabilidade e Pena foram estatisticamente maiores nos alunos do início do curso de Medicina se comparados com os do fim. Em relação ao fator Coerção, o valor foi mais elevado nos alunos do fim do curso.
- b) Em relação ao fator Ajuda, todos os outros cursos apresentaram valores significativamente maiores que os alunos do curso médico.
- c) Em relação ao Medo, a medicina e a psicologia, foram os cursos que apresentaram maior escore em relação a esse fator.
- d) Para os fatores relacionados à Coerção, Segregação e Evitamento, as médias do curso médico foram as maiores.

A autora do estudo concluiu que a formação médica acadêmica centrada principalmente no diagnóstico de doenças e seu tratamento farmacológico, além de características mais hierarquizadas e mesmo autoritárias mais presentes na formação do médico, poderiam explicar esses achados.

É provável que alguma especificidade do currículo médico, em particular de uma melhor compreensão dos mecanismos etiológicos envolvidos nos transtornos mentais, que inclui fatores biológico e ambientais, relativizando a responsabilidade do controle sobre a doença, também possam ter influenciado os resultados. Outros aspectos de grande importância certamente influenciaram os achados em diferentes cursos, tais como: o modelo oferecido pelos

professores, as oportunidades de contato dos alunos com portadores de transtornos mentais, além da qualidade e adequacidade das estratégias pedagógicas oferecidas.

Outro estudo que utilizou a versão portuguesa do AQ-27P, o empregou em 40 familiares de pacientes portadores de esquizofrenia que frequentavam um Centro de Atenção Psiquiátrico Comunitário na cidade do Porto, em Portugal (SOUSA et al., 2012). Uma amostra, não probabilística, foi composta predominantemente de mulheres (70%), casadas (77%), aposentadas ou que não trabalhavam (55%) e que tinham cursado apenas escolaridade fundamental (43%). A idade variou entre 32 e 75 anos ($M = 54,9$ e DP de 13,03). A maioria dos familiares eram seus pais (43%), seguidos de filhos, genros ou noras (33%), além do cônjuge (15%). A maioria morava com o portador de transtorno mental (70%). Os familiares estudados apresentaram uma tendência a atitudes de proximidade, proteção e assistência aos seus familiares (Fatores de Ajuda e Pena), com poucas atitudes discriminatórias, principalmente relacionadas ao fator Coerção. Os autores concluem que os achados estão de acordo com a teoria proposta por Angermeyer, Mastschinger e Corrigan (2004) e Penn e Couture (2002), que identificaram a familiaridade com o problema de saúde como o aspecto mais positivo na redução do estigma, especialmente por diminuir a percepção de que o portador de transtorno mental é uma pessoa perigosa e imprevisível. Os autores também observaram que os familiares devem ter desenvolvido uma atribuição causal adequada da doença de seus familiares, com ênfase nos fatores de causalidade externa, o que contribuiu para os resultados positivos do estudo. O alto escore para Coerção (obrigatoriedade quanto ao tratamento), no entanto, sugere uma preocupação grande dos familiares no controle da estabilidade psíquica do seu familiar doente, em especial das consequências negativas que o abandono de tratamento pode ocasionar.

Uma versão do AQ-27 em italiano foi validada por Pingani et al. (2011). Após a tradução dos questionários, os autores optaram por conduzir uma Análise Fatorial Confirmatória e testar propriedades psicométricas do instrumento. Na ocasião, foram convidados a participar familiares de estudantes universitários e um total de 214 pessoas responderam adequadamente os questionários. Observou-se uma correlação grande entre os fatores da versão italiana em relação ao modelo proposto pelo autor original do instrumento (CORRIGAN et al., 2003). Além disso, a confiabilidade interna do instrumento, avaliada pelo Alfa de Cronbach para cada um dos seis fatores analisados, mostrou-se adequada. Identificou-se um valor global para o instrumento de 0,81, com variação de 0,52 a 0,91, sendo os mais baixos relativos aos fatores - Raiva, Evitamento e Coerção e o mais alto relacionado ao fator Medo.

Mais recentemente, Pingani et al. (2016) publicaram a aplicação da versão italiana do AQ-27 em 311 alunos dos primeiros três anos do curso de Medicina de uma escola médica da

Itália. Dessa vez obtiveram um valor global de Alfa de Cronbach para o questionário de 0,68, com variação de 0,48 a 0,83, sendo o mais baixo relativo ao fator Responsabilidade e o mais alto relacionado ao fator Medo. Também identificaram que o preconceito se apresentava mais nos alunos homens e havia uma relação indiretamente proporcional entre a idade, e os seguintes fatores: Coerção, Segregação e Percepção de Perigo, o que pode ter significado alguma influência positiva do currículo no resultado, já que os alunos mais adiantados no currículo apresentaram valores menores para os fatores citados.

2.3 Estratégias educacionais de redução do estigma

2.3.1 *Junto à população geral*

De acordo com Thornicroft et al. (2016) existem muito mais estudos que tratam de descrever o estigma em diferentes populações e cenários do que avaliar a eficácia de intervenções que promovam mudança de atitude em relação a esse tema. Com o intuito de analisar os achados de estudos que avaliaram a eficácia de estratégias na redução do estigma na população geral, dois dos mais importantes autores da atualidade publicaram revisões recentes sobre o assunto (CORRIGAN et al., 2012; THORNICROFT et al., 2016). O primeiro tratou-se de metanálise que avaliou 72 estudos com 38.364 participantes de 14 países diferentes. O segundo realizou uma extensa revisão narrativa da literatura, incluído estudos de países em desenvolvimento, entre os anos de 1980 e 2013. Uma síntese das principais conclusões é descrita a seguir:

- 1) de forma geral, estratégias educativas e contato com portadores de transtornos mentais contribuíram com a diminuição do estigma em adultos e adolescentes. Entretanto, o contato funcionou melhor para a população adulta e as estratégias educativas tiveram um efeito maior sobre os adolescentes. Além disso, o contato direto, com portadores de transtornos mentais mostrou ser mais eficaz que a utilização de vídeos que descreviam histórias dessas pessoas;
- 2) o número e a qualidade de estudos, especialmente em países em desenvolvimento, mostrou-se desapontador, apenas 13. Desses, 11 demonstraram algum benefício na redução de atitudes estigmatizantes, a partir da introdução de alguma atividade educativa ou informativa, um apontou benefícios muito discretos e outro piora com a intervenção;
- 3) as intervenções relacionadas às diversas populações (público geral, portadores de transtornos mentais, estudantes universitários ou secundaristas e profissionais de saúde)

apresentaram um padrão comum de resultados: melhora na aquisição de conhecimentos sobre o tema em cerca da metade dos estudos; redução da atitude de estigma na maioria dos estudos e melhora percebida após algum tempo em cerca da metade dos estudos;

- 4) é importante o desenvolvimento de estudos longitudinais de maior duração para que se possa observar os resultados das intervenções e, ao mesmo tempo, identificar fatores relacionados à piora dos ganhos atitudinais ou da atenuação do estigma com o passar do tempo.

2.3.2 Nas escolas médicas

2.3.2.1 A importância das metodologias ativas de aprendizagem

O ensino médico, ao longo das últimas décadas, tem sido objeto de profundas transformações. Importância crescente é atribuída à formação de um profissional apto a atuar em um contexto de rápidas e profundas mudanças, contribuindo de forma efetiva com a sociedade. Isso exige do médico aquisição de uma sólida base de conhecimentos, capacidade de analisar os problemas de forma sistemática e crítica, além de adquirir habilidades de aprendizagem permanente ao longo de sua vida profissional. A Aprendizagem Baseada em Problemas [*Problem-Based Learning*] (PBL), introduzida a partir da década de 1960, surge como uma das mais importantes inovações no campo da educação médica guardando estreita coerência com os princípios da aprendizagem de adultos (TAYLOR; HAMDY, 2013) e das investigações mais atuais da psicologia cognitiva (VAN MERRIËNBOER; SWELLER, 2010). Essa nova filosofia de organização curricular introduz alternativas ao currículo tradicional das escolas médicas, geralmente centradas no professor, com rígida divisão entre o ciclo básico e o ciclo clínico, e da transmissão do conhecimento essencialmente a partir de estratégias passivas de aprendizagem (aulas tradicionais).

Dentro dessa perspectiva, a Associação Mundial de Psiquiatria e a Federação Mundial de Educação Médica propuseram definir linhas gerais de formação em psiquiatria para a graduação médica (*Core Curriculum in Psychiatry for Medical Students*). Do ponto de vista metodológico, essa diretriz defende explicitamente a adoção de estratégias de ensino ativas baseadas nos seguintes eixos principais: a responsabilização do aluno pelo seu aprendizado, a aprendizagem baseada em problemas, a exposição dos alunos a pacientes em diferentes contextos de aprendizagem, integração dos temas de psiquiatria ao longo do currículo e o desenvolvimento local de ferramentas de aprendizagem (WALTON; GELDER, 1999). Todos esses princípios

fizeram parte do desenvolvimento das estratégias curriculares em psiquiatria/saúde mental do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH, como descritos detalhadamente no capítulo sobre Metodologia desta tese.

No Brasil, relatos de experiências curriculares em psiquiatria na graduação médica são quase inexistentes. Em consulta à Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Google Acadêmico, utilizando-se as palavras chave - educação, medicina e psiquiatria, foram encontrados apenas três artigos publicados nos últimos 15 anos, todos relacionados a relatos de experiências sobre estratégias ativas de aprendizagem em duas escolas médicas brasileiras.

Paulin e Poças (2009) relataram a experiência do internato médico de psiquiatria realizado na escola médica da Universidade São Francisco, com sede no interior do Estado de São Paulo e que introduziu o PBL em 1999. Tal internato acontecia em oito semanas com 320 horas e oferecia uma diversificada oferta de estratégias educacionais, bem como de cenários de prática para os alunos, que incluíam ambulatório, hospital dia e hospital geral. Deliberadamente, assim como propõe a proposta curricular em curso na UNIFENAS-BH, evitou-se a utilização do hospital psiquiátrico tradicional como território de prática. O hospital psiquiátrico tradicional projeta, em estudantes da área da saúde, uma visão distorcida e pessimista da psiquiatria, mostrando aos alunos pacientes psicóticos crônicos e deteriorados, gerando uma sensação de inutilidade e impotência da psiquiatria frente aos seus desafios clínicos. Além do mais, a prática do médico generalista ou de outras especialidades médicas no Brasil não costuma acompanhar portadores de transtornos mentais em hospitais psiquiátricos, especialmente no atual estágio da RAPB, o que desqualifica esse perfil de serviço de saúde como espaço adequado de estágio para a graduação médica e de outros profissionais de saúde. Foram identificados sinais indiretos de melhora da qualificação dos alunos em psiquiatria, como a melhora dos encaminhamentos para o especialista, bem como do aumento do interesse por estágios eletivos e residência em psiquiatria. Não houve qualquer avaliação sistemática da aquisição de competências curriculares, inclusive no que diz respeito à mudança de atitude dos alunos em relação à doença mental.

Já o grupo liderado por Nunes et al. (2008, 2002), da Universidade Estadual de Londrina, no Paraná, uma das primeiras do Brasil a introduzir o PBL (1998) descreveu as estratégias educacionais curriculares em psiquiatria e habilidades de comunicação e sua relação com outros temas do currículo médico, com ênfase na integralidade curricular. Aqui também, a publicação foi de caráter descritivo e não abordou a atitude dos alunos em relação à doença mental ou testou a aquisição de competências clínicas por parte dos alunos.

Na literatura internacional, alguns autores discutiram o ensino da psiquiatria no contexto das metodologias ativas de aprendizagem. Van Diest et al. (2004), além de Nathan, Gibbs e Wilson (1999), descreveram a inserção dos temas de psiquiatria em currículos médicos estruturados pelo PBL na Europa. Isso implica na oferta de estratégias educacionais específicas voltadas para a psiquiatria no currículo, geralmente em ciclos de quatro a oito semanas. Esses autores demonstraram que as metodologias ativas são eficazes na aquisição de conhecimentos em psiquiatria por alunos de cursos médicos e que um processo de avaliação permanente deve ser instituído. Ambos os estudos geraram informações úteis e levaram a revisão de estratégias curriculares introduzidas posteriormente.

Dois outros estudos compararam o ensino da psiquiatria utilizando o PBL com estratégias tradicionais. McParland, Noble e Livingstone (2004) conduziram um estudo comparativo em uma escola médica britânica (n = 188 - método tradicional; n = 191 - PBL). Os alunos foram avaliados antes e depois através de *30-item Attitudes to Psychiatry Scale*, *Study Process Questionnaire*, nota de avaliação formativa a partir de provas de múltipla escolha e avaliação oral de conhecimentos clínicos. As estratégias educativas duraram 12 dias cada e foram de atividades exclusivamente teóricas, ou seja, os alunos não tiveram contato com pacientes. Ao final, os autores concluíram que a coorte que foi submetida ao PBL foi mais eficaz do que aquela submetida às estratégias curriculares tradicionais na aquisição de conhecimentos, bem como de competências clínicas, mas não houve diferenças relacionadas a atitudes dirigidas à psiquiatria ou ao estilo de aprendizagem. Kuhningk et al. (2009) estudaram dois cursos de medicina de metodologias diferentes PBL (n = 57) e tradicional (n = 241) durante os ciclos pré-clínicos. Os alunos foram avaliados antes e depois de passarem pelas estratégias de ensino através da *30-item Attitudes to Psychiatry Scale* e *Five Factor Model of Personality*. Nesse estudo, a aquisição de conhecimentos e habilidades clínicas não foi avaliada. As conclusões gerais foram as seguintes:

1. os alunos provenientes do PBL mostraram uma atitude mais positiva em relação à psiquiatria;
2. os alunos do sexo masculino, sem experiência prévia em psiquiatria, menos abertos às novas experiências, com histórico de currículos mais direcionado às ciências e menos às humanidades, tinham uma atitude menos positiva em relação à psiquiatria.

Uma limitação importante desses dois estudos foi a ausência de atividades que promovessem contato direto com pacientes, já que sabidamente, isso influencia as atitudes dos alunos em relação à psiquiatria e ao estigma relacionados às doenças mentais (THORNICROFT

et al., 2008). De qualquer forma, há alguma evidência de que as estratégias mais ativas de aprendizagem parecem contribuir com o ensino da psiquiatria na graduação médica.

2.3.2.2 *Estratégias de ensino direcionadas para a redução do estigma em relação às doenças mentais*

Foram identificados, na literatura, 18 artigos publicados entre os anos de 1990 e 2016, que estudaram o impacto do currículo ou de atividades acadêmicas em psiquiatria sobre as atitudes dos alunos de medicina em relação às doenças mentais. Foram excluídos os estudos que abordaram o impacto do currículo em relação à visão dos alunos sobre a psiquiatria e escolha da psiquiatria enquanto especialidade médica. Esse enfoque já foi abordado previamente nesse trabalho. O Quadro 2 apresenta uma síntese dos estudos encontrados.

Observa-se grande interesse pelo assunto nos países asiáticos (nove artigos) e no Reino Unido (seis artigos). Identificou-se dois artigos produzidos nos Estados Unidos e um, mais recentemente, no Brasil. Todos os estudos, com exceção do de Bharathy, Foo e Russell (2016), foram de desenho quantitativo, o que dificulta a compreensão mais aprofundada das razões que contribuíram para com os resultados das experiências educacionais relatadas. Com exceção do estudo de O'Connor et al. (2013), não houve uma preocupação dos autores em descrever, de forma detalhada, o contexto educacional estudado, o que dificultou a interpretação dos dados. Informações como: descrição das estratégias educacionais, do número de horas de cada atividade e do perfil do local e dos pacientes relacionados às atividades práticas foram frequentemente omitidos, como se pode observar no Quadro 2. As estratégias educacionais variaram grandemente em relação à carga horária e duração, variando de uma atividade de uma hora a 20 semanas. Em cinco estudos observou-se uma duração de um dia ou menos. Na maioria, as atividades apresentavam algumas semanas de duração, que representavam estágio em algum serviço de psiquiatria, além de atividades didáticas complementares.

Quadro 2 - Estratégias educativas utilizadas para modificar a atitude de alunos de medicina em relação à doença mental

Autor (ano)	País	N	Tipo de estudo	Estratégias de ensino	Período de exposição	Redução do estigma
Rocha Neto et al. (2016)	Brasil	241	Transversal ³	Aulas e Prática HP	20 semanas / 90 h	Discreta
Bharathy, Foo e Russell (2016)	Malásia	14 ¹	Transversal	Prática em SMC	8 semanas / 16 h	Importante
Poreddi, Thimmaiah e Math (2015)	Índia	176	Transversal ³	Aulas e prática NE	2 semanas / ?	Moderada
Giasuddin, Levav e Gal (2015)	Bangladesh	200	Transversal ³	Aulas e prática HP	5 semanas / ?	Piora
Gulati, Das e Chavan. (2014)	Índia	135	Transversal ³	Prática HP	2 semanas / ?	Discreta
O'Connor et al. (2013)	Irlanda	285	Estudo antes e depois	Aulas e oficinas Prática SMC, HP + Aulas ⁴	9 semanas / ? 6 semanas / ?	Não moderada
Friedrich et al. (2013)	Inglaterra	1066 ²	Grupo controle	Aula + Testemunho + Role Play ⁴	? / ?	Importante logo após Não após 6 meses
Kassam et al. (2011)	Inglaterra	110	Ensaio controlado não randomizado	Aula + Testemunho ⁴ Aulas + Testemunho + Role Play ⁴	2 semanas / 2 h	Não Não
Roberts, Wiskin e Roalfé (2008)	Inglaterra	332	Ensaio controlado randomizado	Role Play	40 min	Não
Kerby et al. (2008)	Inglaterra	46	Ensaio controlado randomizado	2 filmes anti estigma	30 minutos	Importante logo após Perda após 2 meses
Aker et al. (2007)	Turquia	172	Estudo antes e depois	Aulas + Plantões + ambulatório	4 semanas	Não
Altindag et al. (2006)	Turquia	25	Caso controle	Aulas + Filme + Testemunho ⁴	1 dia	Importante logo após Perda após 1 mês
Reddy et al. (2005)	Malásia	122	Estudo antes e depois	Ambulatório + Prática HP	8 semanas / ?	Importante em mulheres Não em homens
Mino et al. (2001)	Japão	151	Estudo antes e depois	Aula ⁴	1 hora	Moderada
Mino et al. (2000)	Japão	83	Longitudinal	Aulas Prática HP	36 horas 2 semanas	Discreta
Singh et al. (1998)	Inglaterra	110	Transversal comparativo	Metodologias ativas + Prática Metodologia tradicional + Prática	6 semanas / ? 8 semanas / ?	Sem diferença entre as duas
Fabrega (1995)	EUA	123	Estudo antes e depois	Aulas + Prática HP	6 semanas	Não
Mary Keane (1990)	EUA	46	Estudo antes e depois	Aulas + Prática HP	8 semanas	Não

Legenda: (1) estudo qualitativo, (2) questionário on line, (3) os alunos estudados na primeira fase não foram os mesmos da segunda fase, (4) atividade educativa voltada para redução do estigma, NE = não especificado, EM = equipe multidisciplinar, HP = Hospital Psiquiátrico, SMC = Saúde Mental Comunitária.

Do ponto de vista metodológico, nove estudos propuseram métodos de natureza experimental, quando há randomização na seleção da amostra: dois estudos controlados randomizados; sete quase-experimentais (um ensaio controlado e seis *pre-test post-test design*). Os demais foram estudos observacionais, sendo que apenas um do tipo Coorte, dois Caso Controle e seis do tipo Transversal (*Cross sectional*). Apenas um estudo (MINO et al., 2000) avaliou o efeito do currículo como um todo na mudança de atitude dos alunos. Os demais

avaliaram estratégias educacionais específicas, notadamente as de psiquiatria. É importante considerar que os estudos experimentais, especialmente os ensaios randomizados, são aqueles considerados de mais alto nível de evidência quando o objetivo é o estabelecimento de eficácia de um determinado procedimento. No entanto, por vezes é difícil a randomização em estudos de educação médica o que gera a necessidade da utilização de outros métodos, especialmente os experimentos não randomizados ou quasi-experimentais (RINGSTED; HODGES; SCHERPBIER, 2011). A grande quantidade de estudos observacionais identificados, em especial do tipo Transversal, traz algumas limitações na consideração dos seus resultados.

Feitas essas considerações iniciais e, ciente da diversidade dos estudos encontrados, seguem as conclusões gerais:

1. No seu conjunto, os resultados obtidos pelos estudos analisados podem ser considerados modestos, no sentido da promoção de mudanças atitudinais dos alunos em relação aos portadores de transtornos mentais a partir das estratégias curriculares propostas. Várias são as possíveis razões explicativas: inadequação do contexto de aprendizagem em saúde mental para a graduação médica, ausência de estratégias educacionais voltados para a redução do estigma, o perfil de pacientes abordados, experiências prévias de vida e da cultura curricular vivenciadas pelos alunos, além da visão de mundo e da psiquiatria dos professores dos cursos.
2. Resultados mais negativos foram identificados em contexto de prática em hospitais psiquiátricos, quando comparados a contextos de serviços comunitários. No entanto, o número muito pequeno de estudos desse último cenário dificulta uma afirmação definitiva.
3. Atividades com o objetivo explícito de contribuir para a redução do estigma parece ter produzido melhores resultados. Filmes exercem um efeito imediato positivo, enquanto que *Role Play* não se mostrou muito útil.
4. Todos os estudos avaliaram os resultados das intervenções logo após o término das mesmas. Apenas quatro realizaram *follow-up* que variou de um a seis meses. Em todos esses casos foram observadas perdas relacionados aos ganhos obtidos inicialmente. Esses achados sugerem fortemente que alterações atitudinais na redução do estigma necessitam de intervenções curriculares em mais de uma ocasião, ao longo do currículo.

No Brasil, pesquisa sobre esse assunto voltado para alunos de medicina encontra-se na sua fase embrionária, o que por si só já aponta a relevância do tema desenvolvido pelo pesquisador dessa tese. Apenas um estudo brasileiro, em escola médica de currículo tradicional, foi identificado na revisão bibliográfica (ROCHA NETO et al., 2016). Esse estudo, conduzido

no curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, procurou verificar o impacto de uma disciplina de psiquiatria oferecida no quinto ano do curso. A atividade teve duração de cinco meses distribuídos em 90 horas de atividades didáticas que incluía o contato com pacientes psiquiátricos internados no Instituto de Psiquiatria da Universidade. Na primeira semana do estágio 99 alunos aceitaram preencher um questionário de 56 itens idealizado pelos autores baseados em três outros questionários internacionais utilizados previamente. Na última semana de estágio, 142 alunos responderam o questionário. Não foi realizado pareamento entre os alunos pesquisados, apenas uma comparação entre os escores relacionados aos quatro fatores que compunham o questionário antes e após a disciplina de psiquiatria. Ao final, apenas o fator Aceitação Social de Pessoas com Doença Mental apresentou uma alteração estatisticamente significativa, indicando um efeito positivo da disciplina sobre os alunos ($p = 0,0074$). Os alunos apresentavam uma atitude relacionada aos portadores de transtorno mental considerada neutra e, após o estágio em psiquiatria, apresentaram discreta melhora dessa atitude. Os autores concluíram que a modificação de apenas um dos fatores pode ter sido consequência da exposição dos alunos a pacientes gravemente enfermos internados em hospital psiquiátrico, onde os pacientes não puderam interagir socialmente de forma mais efetiva, e onde há pouca ênfase em medidas de reabilitação psicossocial. Esse achado parece coerente com a revisão da literatura, já descrita previamente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar o impacto de estratégias educacionais sobre o estigma de alunos de medicina frente aos portadores de transtorno mental.

3.2 Objetivos específicos

1. Realizar adequação transcultural do questionário de atribuição de estigma relacionado à doença mental para o contexto da população estudada e verificar suas propriedades psicométricas: Questionário de Atribuição (AQ-27), versão portuguesa para o Brasil.
2. Avaliar, por meio do questionário, o efeito das novas estratégias educacionais implantadas em diferentes momentos do currículo sobre o estigma dos alunos frente ao portador de transtorno mental.

4 METODOLOGIA

Trata-se de investigação educacional quantitativa do tipo *quasi-experimental (one group pre-test-post-test design)* desenvolvido em duas fases. Na primeira fase ocorreu a adequação transcultural do questionário de atribuição de estigma AQ-27 para a versão brasileira e validação de suas propriedades psicométricas, o que gerou o questionário final - AQ-26B. Em uma segunda fase, por meio do AQ-26B, os alunos foram avaliados após terem vivenciado o novo currículo de saúde mental.

4.1 Cenário de desenvolvimento do estudo

O estudo foi desenvolvido no Curso de Medicina da UNIFENAS-BH, cuja estrutura curricular, desde seu início, foi organizada em PBL. A seguir, breve exposição sobre o currículo do curso, no que tange à saúde mental, para contextualização do estudo.

4.1.1 Currículo antigo de Saúde Mental: em vigor do ano de 2003 até 2010

ESTRATÉGIA EDUCACIONAL DO CURRÍCULO ANTIGO: Ambulatório de Psiquiatria
<p>Momento do curso: Quarto Ano (sétimo período)</p> <p>Duração: 5 semanas (durante o bloco temático de Síndromes Neuropsiquiátricas)</p> <p>Carga horária total: 70 horas (grupos tutoriais: 20h, laboratório de habilidades: 10 horas, prática laboratorial: 10h, projeto em equipe: 10h e prática ambulatorial: 20h)</p> <p>Perfil do serviço de saúde: Centro de Especialidades Médicas da Universidade, atividade assistencial descontextualizada do cenário da atenção primária, com nenhuma interação dos alunos com outros profissionais ou com a rede assistencial de saúde mental do município.</p> <p>Perfil do usuário: baixa complexidade, com pouca variação diagnóstica, proporcionando poucos desafios assistenciais para os alunos, o que dificultava a aquisição de competências assistenciais em saúde mental, especialmente atitudes menos estigmatizadas dirigidas aos portadores de transtornos mentais e suas famílias.</p> <p>Foco da atividade prática: diagnóstico e tratamento médico de portadores de transtornos neuropsiquiátricos.</p> <p>Avaliação dos alunos: Prova cognitiva teórica, avaliação conceitual nos grupos tutoriais e da prática ambulatorial.</p> <p>Supervisão das atividades: Professores especialistas em psiquiatria</p> <p>Observação: Temas de grande relevância para a prática do médico generalista também não eram abordados, como: transtornos de somatização, insônia, dependências químicas, uso de benzodiazepínicos, urgências psiquiátricas e modelos assistenciais em saúde mental.</p>

4.1.2 Currículo novo de Saúde Mental: a partir do ano de 2011

A concepção do currículo novo envolveu, coletivamente, a coordenação do curso, os professores psiquiatras e de medicina de família e comunidade, a coordenação de saúde mental de Belo Horizonte e os gerentes das unidades assistenciais em que as atividades práticas do curso seriam implantadas. O currículo novo defende a ideia de que serviços de saúde

estruturados em rede e com vínculo comunitário são de grande importância na formação do médico generalista, pois propiciam uma convivência mais contextualizada e próxima dos alunos com os portadores de transtorno mental e suas famílias. O Quadro 3 apresenta a descrição das Estratégias Educacionais em Saúde Mental do Currículo Novo, que em conjunto totalizam 278 horas.

O currículo novo de saúde mental representou a primeira inserção de um curso de Medicina na Rede Assistencial de Saúde Mental de Belo Horizonte, sem antecedente semelhante na literatura nacional (PEREIRA; HOLANDA, 2013). A Matriz Curricular do curso encontra-se no ANEXO A.

Quadro 3 - Descrição das Estratégias Educacionais em Saúde Mental do currículo novo do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH, desenhadas em parceria com a Rede de Atenção à Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte.

ESTRATÉGIA EDUCACIONAL: Saúde Mental na Comunidade (SMC)

Momento do curso: Primeiro Ano (segundo período)

Duração: 16 semanas (ao longo de todo o semestre letivo)

Carga horária total: 48 horas (oficinas teóricas: 16h e prática: 32h)

Perfil do serviço de saúde - Centro de Convivência em Saúde Mental: oficinas de convivência e atividades sociais interativas, sem atividades assistenciais estruturadas.

Perfil do usuário: predomínio de portadores de transtornos psiquiátricos graves e persistentes, com estado clínico estável e graus de autonomia e vínculo social relativamente preservados.

Foco da atividade prática: convivência interativa com pacientes, oficinairos e profissionais de saúde mental, visitas a dispositivos de saúde mental comunitários e discussões sobre políticas públicas e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil.

Avaliação dos alunos: Portfólio, avaliação conceitual da participação dos alunos nas atividades práticas e nas oficinas de saúde mental.

Supervisão das atividades: Professores do 2º período: especialistas em Psiquiatria e médicos clínicos com conhecimento em políticas públicas de saúde.

Atividade organizada pelos alunos do PMC no Centro de Convivência

Arthur Bispo do Rosário:

Prof. Leonerdo Barbosa de Oliveira



ESTRATÉGIA EDUCACIONAL: Apoio Matricial em Psiquiatria (AMP)

Momento do curso: Quarto Ano (sétimo período)

Duração: 5 semanas (durante o bloco temático de Síndromes Neuropsiquiátricas)

Carga horária total: 70 horas (grupos tutoriais: 20h, laboratório de habilidades: 10 horas, prática laboratorial: 10h, projeto em equipe: 10h e apoio matricial em psiquiatria: 20h)

Perfil do serviço de saúde - Unidades Básicas de Saúde com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF): consultas em regime ambulatorial sob a forma de apoio matricial em Psiquiatria à ESF.

Perfil do usuário: bastante diversificada, com predomínio de TMC e psicóticos estabilizados.

Foco da atividade prática: diagnóstico e tratamento médico de portadores de transtornos neuropsiquiátricos, interação com profissionais da atenção básica em saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e agentes comunitários de saúde) a partir do matriciamento em saúde mental.

Avaliação dos alunos: Prova cognitiva teórica e de aquisição de habilidades médicas, avaliação conceitual e presença nos grupos tutoriais e da prática ambulatorial.

Supervisão das atividades: Professores especialistas em psiquiatria

**Atividade de matriciamento em saúde mental na UBS Efigênia Murta:
Prof. Alexandre Pereira**



ESTRATÉGIA EDUCACIONAL: Internato de Urgência em Saúde Mental (IUSM)

Momento do curso: 6º ano (11 ou 12º períodos)

Duração: 5 semanas (ao longo do Internato de Urgência Clínicas e em Saúde Mental)

Carga horária total: 120 horas (teórica: 20h e prática 100h)

Perfil do serviço de saúde - CAPS III: pronto atendimento de urgência em saúde mental, de perfil comunitário, com possibilidade de permanência diurna e noturna do paciente de acordo com a necessidade do caso.

Perfil do usuário: predomínio de transtornos psiquiátricos severos e persistentes instáveis, com perda de autonomia e dificuldade de inserção social e no tratamento, além de situações variadas de urgência psiquiátrica

Foco da atividade prática: atendimento clínico a urgências psiquiátricas e casos graves, convivência interativa com pacientes e equipe multidisciplinar de saúde mental (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros)

Avaliação dos alunos: Portfólio, prova cognitiva teórica e avaliação do desempenho da atividade prática de urgência a partir de Escala Global Itemizada

Supervisão das atividades: Professores especialistas em psiquiatria e equipe multidisciplinar de saúde

**Ensaio fotográfico executado pela aluna Roberta Guimarães no Cersam
Pampulha:
Prof Alexandre Pereira**



4.2 Aspectos éticos

Sujeitos da pesquisa: alunos de graduação do 1º ao 6º anos, regularmente matriculados no Curso de Medicina da UNIFENAS-BH e elegíveis para o estudo.

Em virtude de se tratar de pesquisa com seres humanos e da população de alunos ser considerada vulnerável, de acordo com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação pelo Sistema CEP/CONEP e recebeu a aprovação de número 631.425 (ANEXO B). Todos os alunos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como propõe a legislação em vigor (ANEXO C).

4.3 Desenho do estudo

O estudo foi realizado durante os anos de 2013 a 2016, em duas fases distintas. A Fase 1, iniciada em 2013/1, relacionou-se à adequação transcultural do questionário de atribuição de

estigma (AQ-27P) e testagem das suas propriedades psicométricas, quando ocorreu a aplicação do questionário antes da passagem dos alunos pelas novas estratégias educacionais em saúde mental, gerando a versão brasileira AQ-26B. A Fase 2, iniciada após a participação dos alunos elegíveis nas estratégias educacionais propostas, avaliou o impacto das estratégias educacionais a partir da mensuração do estigma expresso pelos alunos. Um resumo do estudo, a partir da testagem das propriedades psicométricas do questionário em processo de validação pode ser visualizado pela Figura 2.

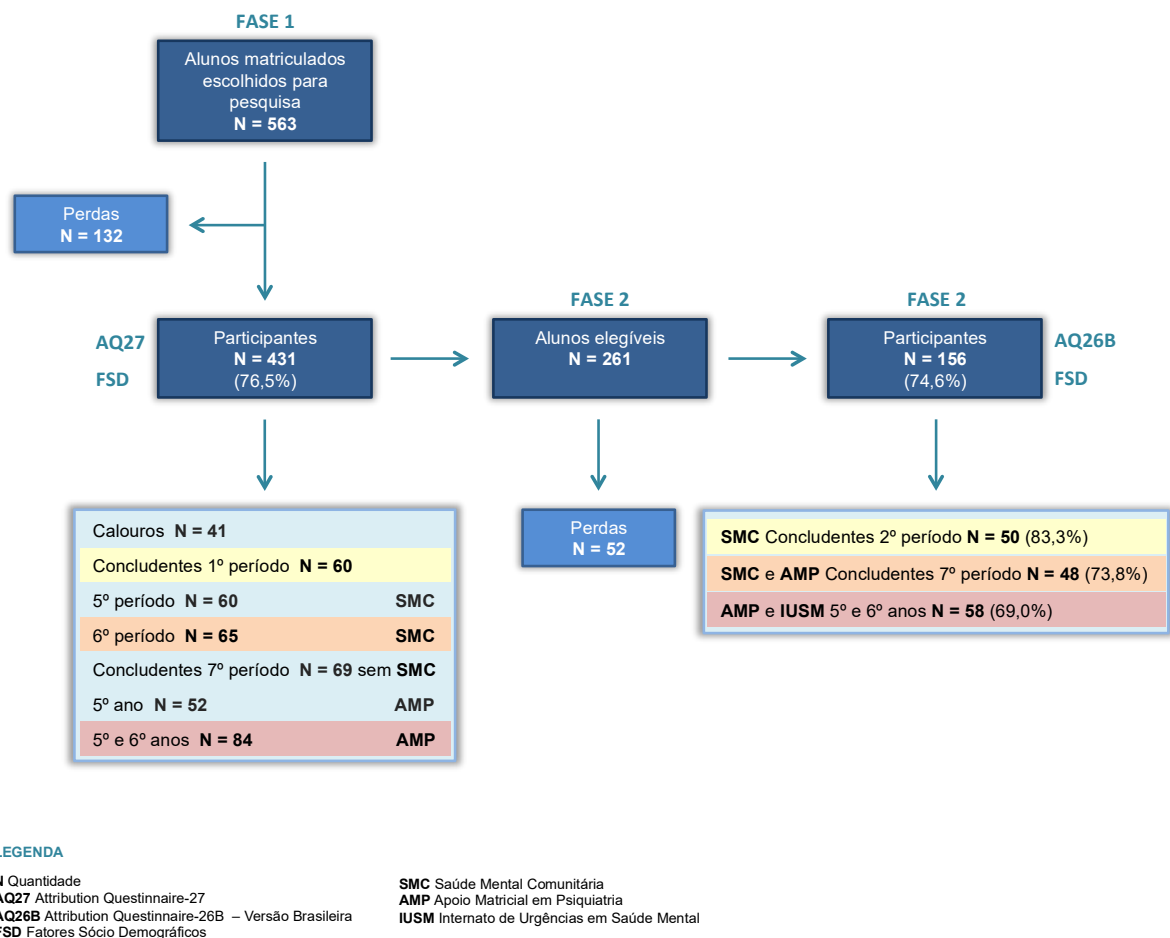


Figura 2 - Resumo do desenho do estudo: Avaliação das propriedades psicométrica do AQ-27 (Fase 1) e avaliação dos estigma, utilizando o AQ-26B, após a introdução das estratégias educacionais (Fase 2)

4.3.1 Fase 1 - Etapa 1: Adequação transcultural do questionário Attribution Questionnaire-27 (AQ-27P)

Para uma mensuração atitudinal dos alunos, utilizou-se o **Attribution Questionnaire-27** (CORRIGAN et al., 2003), traduzido para o português de Portugal por Sousa et al. (2012), com autorização do autor do instrumento original. A versão preliminar portuguesa foi obtida pela

tradução e retrotradução para a língua inglesa. Posteriormente, foram obtidos valores de confiabilidade a partir do Alfa de Cronbach em três estudos exploratórios portugueses, aplicados em universitários da área da saúde, cujos valores globais para a escala foram: 0,88 (SOUSA et al., 2012); 0,76 (MARQUES; BARBOSA; QUEIRÓS, 2011); 0,83 (BARRANTES, 2010). Até o momento, o grupo de pesquisa responsável pela versão portuguesa não havia realizado uma validação das dimensões da escala a partir de análise fatorial.

O questionário de atribuição AQ-27 baseia-se em uma breve descrição de um caso tipificando um quadro de esquizofrenia, transtorno psiquiátrico que, sabidamente, gera significativa estigmatização social. Em seguida, 27 itens exploram a situação, cujas respostas são assinaladas utilizando-se escala do tipo Likert de 1 a 9. Os itens são agrupados em nove dimensões/estereótipos diferentes, de acordo com o Quadro 4. A versão original do questionário (AQ-27), assim como a versão portuguesa (AQ-27P) ANEXOS D e E.

Quadro 4 - Descrição conceitual do Questionário AQ-27 na versão original em inglês e a tradução portuguesa (termos originais)

Estereótipos	Descrição conceitual	Itens
Anger/Irritação	Pessoas com TM são culpadas por terem a doença e provocarem raiva em outras pessoas	Q1, Q4, Q12
Dangerousness/Perigosidade	Pessoas com TM são imprevisíveis e violentas	Q2, Q13,18
Fear/Medo	Pessoas com TM provocam medo nas pessoas	Q3, Q19, Q24
Coercion/Coação	Pessoas com TM devem se submeter ao tratamento	Q5, Q14, Q25
Segregation/Segregação	Pessoas com TM devem ser encaminhadas para instituições fora da comunidade	Q6, Q15, Q17
Avoidance/Evitamento	Não desejo conviver com pessoas com TM	Q7, Q16, Q26
Help/Ajuda	Pessoas com TM precisam de assistência	Q8, Q20, Q21
Pity/Pena	Pessoas com TM são tomadas pela sua doença, merecendo preocupação e pena	Q9, Q22, Q27
Responsability/Responsabilidade	Pessoas com TM podem controlar seus sintomas e são responsáveis pela sua doença	Q10, Q11, Q23

Em virtude de alguns termos da versão original portuguesa estarem pouco adaptados à realidade brasileira, foi necessária uma adaptação cultural do instrumento para a nossa realidade, de acordo com as premissas defendidas por Reichenheim e Moraes (2007). Segundo esses autores, o processo de adaptação transcultural de um instrumento deve representar uma combinação entre a tradução literal de palavras (equivalência semântica) com um processo metódico de sintonização que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população alvo. Finalmente, devem ser conduzidos estudos psicométricos para a equivalência da validade dimensional e confiabilidade do instrumento em estudo.

Inicialmente, solicitou-se que uma médica portuguesa⁹ radicada no Brasil há muitos anos e com formação em saúde mental sugerisse adequações da versão portuguesa. Essas modificações foram então discutidas pelo grupo de pesquisadores e incorporadas na versão brasileira. Posteriormente, a versão brasileira foi testada em 24 alunos do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH, para verificação da compreensibilidade do questionário e verificação de equivalência operacional do instrumento, como: veículo e formato das questões, cenário de administração, modo e tempo de aplicação e categorização dos itens.

Um questionário suplementar (ANEXO G) foi incorporado à pesquisa para levantamento do perfil dos alunos e fatores potencialmente relevantes à pesquisa, já que poderiam influir no estigma dos alunos em relação à doença mental. O questionário averiguava as seguintes informações:

1. fatores sociodemográficos (idade, sexo, naturalidade, estado civil, filhos, situação ocupacional);
2. história prévia de tratamento psiquiátrico e/ou contato prévio com portadores de transtornos mentais;
3. fatores acadêmicos (formas de entrada e pagamento do curso, cursos anteriores, escolha da psiquiatria como especialidade médica).

Assim como o instrumento anterior, 24 alunos se submeteram ao questionário para verificação da compreensibilidade.

4.3.2 Fase 1 - Etapa 2: Identificação das propriedades psicométricas do questionário Attribution Questionnaire (AQ-27B)

4.3.2.1 Recrutamento dos estudantes

Foram convidados todos os alunos dos seguintes períodos: ingressantes do primeiro período, concluintes do primeiro período, quinto período, sexto período, sétimo período, quinto e sexto anos, perfazendo um total de 563 alunos. Os alunos foram abordados, pessoalmente, durante as atividades regulares do currículo. Buscou-se uma seleção ampla de alunos, do primeiro ao último ano, que representassem os diversos momentos do curso. Essa heterogeneidade contribuiu para que as atitudes de estigmatização fossem avaliadas ao longo de todo o currículo.

⁹ Dina Paula Dallegrave (CRM 7589 - Paraná).

4.3.2.2 *Característica da amostra*

Amostra obtida por conveniência, calculada de acordo com Hair et al. (2005), em que a realização da análise fatorial deve considerar um número mínimo de 10 casos para cada item do questionário. Como o questionário utilizado possuía 27 itens, definiu-se por uma amostra mínima de 270 participantes. A amostra final totalizou 431 alunos.

Justificativa da opção da amostra por conveniência: relação da amostra dos períodos selecionados com o currículo novo de saúde mental, como demonstrado no Quadro 4.

4.3.2.3 *Critérios de inclusão*

Todos os alunos dos períodos previamente definidos que concordaram em participar do estudo.

4.3.2.4 *Critérios de exclusão*

- Ausência do aluno no dia da aplicação do AQ-27B, em qualquer uma das etapas.
- Preenchimento incompleto do AQ-27B, em qualquer uma das etapas.
- Desistência voluntária do aluno após responder o AQ-27B, em qualquer uma das etapas.
- Alunos que, mesmo matriculados nos períodos pré-estabelecidos, já haviam passado pelas estratégias de ensino anteriormente, por exemplo, que estivessem repetindo a atividade curricular por reprovação ou por matrícula irregular.

4.3.2.5 *Aplicação do AQ-27B*

O AQ-27B (versão brasileira intermediária) foi autorrespondido pelos alunos antes ou após atividades curriculares regulares do curso de medicina. A supervisão do processo de aplicação do AQ-27B foi realizada pelo pesquisador e a aplicação foi realizada por alunos de Iniciação Científica e por professores do curso de medicina, em uma única tentativa. Os aplicadores foram instruídos a anotar ou relatar ao pesquisador principal quaisquer ocorrências observadas durante a aplicação do AQ-27B. Esse se mostrou de fácil aplicação, sendo autorrespondido em torno de 15 minutos. Não foram registrados incidentes durante o processo.

4.3.3 Fase 2 - Avaliação do impacto das estratégias educacionais a partir da mensuração do estigma após a passagem dos alunos pelas estratégias educacionais

4.3.3.1 Recrutamento dos estudantes

Todos os alunos que frequentaram as novas estratégias educacionais em saúde mental, implantadas no currículo nos três momentos do curso (segundo e sétimo períodos e sexto ano), foram novamente convidados a participar, agora para avaliação do estigma, 261 alunos.

4.3.3.2 Característica da amostra

Amostra obtida por conveniência, atingindo o valor final de 156 alunos, assim distribuídos: concludentes do 2º período (n = 50), concludentes do 7º período (n = 48), concludentes do 6º ano (n = 58) (Quadro 4).

4.3.3.3 Critérios de inclusão

Todos os alunos dos períodos previamente definidos que concordaram em participar do estudo.

4.3.3.4 Critérios de exclusão

- Ausência do aluno no dia da aplicação do AQ-26B, em qualquer uma das etapas.
- Preenchimento incompleto do AQ-26B, em qualquer uma das etapas.
- Desistência voluntária do aluno após responder o AQ-26B, em qualquer uma das etapas.
- Alunos que, mesmo matriculados nos períodos pré-estabelecidos, já haviam passado pelas estratégias de ensino anteriormente, por exemplo, que estivessem repetindo a atividade curricular por reprovação ou por matrícula irregular.

4.3.4 Aplicação do AQ-26B

O AQ-26B (versão brasileira do questionário após validação de suas propriedades psicométricas) foi autorrespondido pelos alunos antes ou após atividades curriculares regulares do curso de medicina. A supervisão do processo de aplicação do AQ-26B foi realizada pelo pesquisador e a aplicação foi realizada por alunos de Iniciação Científica e por professores do

curso de medicina, em uma única tentativa. Os aplicadores foram instruídos a anotar ou relatar ao pesquisador principal quaisquer ocorrências observadas durante a aplicação do AQ-26B. Esse se mostrou de fácil aplicação, sendo autorrespondido em torno de 15 minutos. Não foram registrados incidentes durante o processo.

O tempo decorrido entre a aplicação do questionário na Fase 1 (2013/1º semestre) para a Fase 2 (2013/2º semestre) foi detalhado no Quadro 5 e variou de acordo com o perfil da estratégia de ensino avaliada, como descrito abaixo:

- Os alunos do segundo período, que passaram pela SMC, foram avaliados logo antes e após o período de 16 semanas do estágio;
- Os alunos do sétimo período, que passaram pelo AMP, foram avaliados no início do semestre letivo e posteriormente a cada conclusão do Bloco de Neuropsiquiatria;
- Os alunos do internato, que passaram pelo IUSM, foram avaliados no início do semestre letivo e após o término da rotação do estágio de todos os alunos incluídos no estudo, no fim do semestre letivo.

Quadro 5 - Síntese das características da amostra e momentos de aplicação dos questionários nas duas fases do estudo

Período	Fases do estudo					
	Fase 1			Fase 2		
	n	Contato curricular	Data AQ-27	n	Contato curricular	Data AQ-26B
Calouros	41	Nenhuma	08/2013	-	Não participaram	-
1º período	60	Nenhuma	06/2013	50	SMC	12/2013
5º período	60	SMC	06/2013	-	Não participaram	-
6º período	65	SMC	06 e 08/2013	48	SMC e AMP	10, 11 e 12/2013
7º período	69	AMP	06/2013	-	Não participaram	-
5º ano/1º semestre	52	AMP	06/2013	-	Não participaram	-
5º ano/2º semestre	67	AMP	06 e 08/2013	41	Não participaram	-
6º ano	17	Nenhuma	08/2013	17	AMP e IUSM	11 e 12/2013
TOTAL	431			156		

Nota: Saúde Mental Comunitária (SMC); Apoio Matricial em Psiquiatria (AMP); Internato de Urgência em Saúde Mental (IUSM). Em negrito estão as turmas que participaram das duas fases do estudo.

A digitação de todos os questionários foi realizada pela mesma pessoa, vinculada a um serviço de assessoria estatística de larga experiência em pesquisa - ESTATISTICS LOCUM.

4.3.4.1 Análise estatística

FASE 1

Com o objetivo de identificar fatores, construtos ou variáveis latentes do questionário AQ-27B, foi utilizada a técnica de análise fatorial exploratória. Para os oito fatores identificados

pela análise fatorial, foi realizada uma análise univariada utilizando os testes *t de Student* para amostras independentes e ANOVA com um fator (*Oneway*). Esse método estatístico foi utilizado com o objetivo de verificar se havia diferenças significativas entre os níveis de cada uma das variáveis de interesse. Foi utilizado o coeficiente de determinação (R^2 variando de 0 a 100%) para quantificar e avaliar a qualidade do modelo de regressão linear, que mede a proporção de variância explicada da variável desfecho em relação às variáveis preditoras do modelo.

Baseando-se nos oito fatores encontrados pela análise fatorial, foi então utilizada análise de conglomerados para identificar grupos de alunos com características semelhantes. De posse desses grupos, traçou-se o perfil dos alunos de cada grupo encontrado quanto à tendência ao estigma antes da passagem pelas estratégias educacionais propostas. Por fim, para avaliar a associação das variáveis independentes relacionadas aos dados dos alunos com a tendência ao estigma definido pela análise de conglomerados, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson.

FASE 2

Com o objetivo de verificar se os alunos que não participaram da Fase 2 da aplicação do AQ-26B eram semelhantes ao grupo de alunos que participaram da Fase 1 em relação a cada um dos oito fatores encontrados, foi utilizado o *test t de Student* para amostras independentes. Na comparação de cada um dos fatores entre as Fases 1 e 2 do estudo, foi utilizado o teste *t de Student* para amostras pareadas, no geral e para cada uma das estratégias educacionais pesquisadas.

Para a comparação das três estratégias nas Fases 1 e 2 do estudo, para cada um dos fatores, foi utilizada análise de variância com um fator (*Oneway*).

Por fim, o teste qui-quadrado de McNemar foi utilizado para avaliar a ocorrência de possível mudança quanto à tendência de estigma (com base na análise de conglomerados realizada na Fase 1) após a aplicação das estratégias de aprendizado.

5 RESULTADOS

5.1 Fase 1 - Etapa 1: Adequação transcultural do questionário de atribuição de estigma relacionado à doença mental

Dos 27 itens que compõem a escala, 16 não sofreram qualquer modificação. Dos 11 restantes, seis apresentaram apenas mudanças na estrutura da elaboração da frase, usualmente pouco utilizada no Brasil, ex: Q1 - Eu iria sentir-me incomodado pelo José **para** Eu me sentiria incomodado por José. Outras quatro necessitaram de uma adequação cultural semântica, já que os termos existiam no português falado no Brasil, mas poderiam gerar algum grau de confusão interpretativa, ex: Q26 - Se eu fosse senhorio, provavelmente alugaria um apartamento ao José **para** Se eu fosse o proprietário, provavelmente alugaria um apartamento para José. Por último, em apenas uma questão, houve necessidade de troca da palavra por outra equivalente pela inexistência da palavra no português falado no Brasil, ex: Q16 - Eu partilharia uma boleia de carro com o José, todos os dias **para** Eu pegaria uma carona de carro com José, todos os dias.

5.2 Fase 1 - Etapa 2: Avaliação dos parâmetros psicométricos do questionário de atribuição de estigma relacionado à doença mental

5.2.1 *Dados pessoais, aspectos acadêmicos e história da amostra de alunos*

Dos 563 alunos elegíveis para o estudo, 132 alunos não participaram, por motivos distintos, como falta no dia da aplicação do questionário, com ou sem justificativa. A idade dos 431 alunos participantes variou de 17 a 46 anos, com média de 23,2 anos. Houve predomínio de alunos do sexo feminino (60,8%) e solteiros (95,4%). Além disso, 97% dos alunos não tinham filhos e a maioria (95,8%) somente estudava. Dentre os alunos, 25,1% informaram que algum familiar apresenta doença mental, sendo que, na maioria dos casos, tratava-se de familiar fora do núcleo principal (pai, mãe, irmãos, cônjuge ou filhos). Além disso, 56,7% dos alunos disseram que conheciam outras pessoas, fora da esfera familiar, com doença mental, principalmente, amigos (35,0%) e vizinhos (25,5%). Vale destacar ainda que 30,4% dos alunos de medicina relataram já ter feito ou faziam algum tratamento psiquiátrico ou psicológico. A maioria (86,5%) entrou no curso por meio do vestibular. Alunos bolsistas representaram apenas 10,5% da população estudada. Quanto à experiência de ter cursado outros cursos superiores, 9,7% dos alunos chegaram a concluir, enquanto 11,4% iniciaram, mas não concluíram. Dos que passaram por outros cursos antes de iniciarem medicina, 27,2% foram nas áreas de humanas e/ou exatas e, a maioria, 67,8% veio de cursos da área biológica/ciências da saúde. Alunos que

manifestaram real interesse em se especializar em psiquiatria representaram 7% dos pesquisados nessa fase do estudo. Dos que relataram algum interesse em fazer psiquiatria, 42,7% afirmaram que a UNIFENAS-BH influenciou fortemente ou moderadamente nessa posição.

5.2.2 *Análise fatorial*

Foi conduzida análise fatorial considerando-se as 27 questões que compunham o questionário que avalia o estigma (AQ-27). A mesma mostrou-se conveniente no que tange aos resultados que avaliam a sua adequacidade, os autovalores e o percentual de variância explicada (Tabela 1). Um glossário dos parâmetros estatísticos pode ser consultado nessa tese.

Tabela 1 - Avaliação dos parâmetros da análise fatorial para o modelo final do questionário de atribuição de estigma em relação ao portador de doença mental (AQ-27)

Parâmetros de adequacidade	Valores ideais	Valores observados no estudo
KMO (MSA total)	$\geq 0,60$	0,86
Teste de eferecidade de Bartlett (p)	$< 0,05$	$< 0,0001$
MSA (questões individuais)	$\geq 0,50$	0,58 a 0,94
Alpha de <i>Cronbach</i> - fatores	$\geq 0,50$	0,33 a 0,92
Autovalores dos fatores	$> 1,0$	1,37 a 5,00
Total da variância explicada - 8 fatores (%)	$\geq 50\%$	68,9%
Carga fatorial das questões	$> 0,40$	0,52 a 0,91
Comunalidade	$\geq 0,50$	0,49 a 0,88

Nota: Ler Glossário.

No entanto, houve a retirada da questão de nº 11, pois esta apresentou baixa proporção de variância explicada (comunalidade $< 0,30$) e baixas cargas fatoriais, ou seja, as correlações desta questão com os oito fatores gerados mostraram-se fracas (cargas fatoriais abaixo de 0,40). Por essa razão, um novo modelo excluindo esta questão foi gerado, resultando em um questionário de atribuição de estigma, versão brasileira de 26 itens (AQ-26B), que está disponível no ANEXO F.

Os resultados mostraram que a segunda análise fatorial (análise final) foi satisfatória uma vez que identificou fatores (dimensões ou constructos) latentes que explicaram as interdependências entre as 26 questões restantes do questionário de estigma. A avaliação dos parâmetros mostrou medidas acima dos valores ideais com exceção do coeficiente *Alfa de Cronbach* em dois fatores dos oito fatores gerados: “Responsabilização” e “Coerção”. Esse coeficiente avalia a confiabilidade da consistência interna das questões que compõe cada um dos oito fatores gerados pela análise fatorial. Isso implica dizer que, em relação a esses dois fatores, as questões não apresentaram grau adequado de homogeneidade interna. Entretanto, as medidas de cargas fatoriais mostraram-se elevadas, o que justificou a manutenção desses itens

na versão final do (AQ-26B). Apesar disso, a escala, como um todo, apresentou uma medida de confiabilidade da consistência interna satisfatória, com *Alfa de Cronbach* de 0,83.

A definição do número de constructos latentes foi baseada nos autovalores e na porcentagem da variância total explicada. Com base nos resultados obtidos pelo método de componentes principais, foram identificados oito fatores latentes com percentual de variância total explicada de 68,9%. Cada fator foi calculado através de combinação linear das questões indicadas de acordo com as cargas fatoriais significativas e dividindo-se pelo número de questões que o compõe (Tabela 2). Isso gerou redistribuição dos itens do questionário na amostra estudada, com algumas diferenças do questionário original, obrigando o autor a reagrupar e renomear os fatores encontrados.

Os questionários originais de 27 itens, versão original em inglês (AQ-27) e a portuguesa (AQ-27P), foram comparados à versão brasileira de 26 itens (AQ-26B). As versões de 27 itens eram distribuídas em nove fatores (três itens por fator). O modelo gerado pelo estudo atual gerou oito fatores, havendo redistribuição de alguns itens do questionário entre os fatores identificados, descritos no Quadro 6. Todos os itens relacionados ao fator Dangerousness/Perigosidade, foram reagrupados no fator Fear/Medo, que também incorporou a Q1, originalmente relacionada ao fator Anger/Irritação. A Q25, originalmente relacionada ao fator Coercion/Coerção, foi incorporada ao fator Segregação. A Q-27, originalmente presente no fator Pity/Pena, foi deslocada para o fator Desamparo. A Q-11 foi retirada do modelo, pelas razões já expostas.

Para facilitar a compreensão do público brasileiro e adequar melhor a interpretação dos fatores, após a redistribuição dos itens, houve a modificação de nomes de alguns dos fatores. Dessa forma, todos os fatores passaram a apresentar uma mesma direção conceitual, na qual, quanto maior o escore de cada fator, maior o estigma. De maneira geral, observou-se coerência entre o modelo original e o gerado pelo estudo brasileiro.

Tabela 2 - Cargas fatoriais, média (desvio-padrão), comunalidade (h^2) e medidas da adequabilidade da amostra baseados na Análise de Componentes principais com rotação VARIMAX em relação às 26 questões do questionário de Estigma (AQ-26B)

Questões	Análise de componentes principais										
	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅	F ₆	F ₇	F ₈	Média (dp)	h^2	MSA
1. Eu me sentiria incomodado por José.	0,65								3,9 (2,3)	0,486	0,90
2. Eu me sentiria inseguro perto de José.	0,81								4,1 (2,2)	0,693	0,92
3. O José iria assustar-me.	0,82								3,3 (2,1)	0,723	0,92
4. Até que ponto ficaria zangado com José?						0,87			2,4 (1,7)	0,849	0,79
5. Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, pediria para ele tomar a medicação.								0,83	8,3 (1,4)	0,720	0,71
6. Penso que José coloca a sua vizinhança em risco se não for internado.			0,52						3,2 (2,2)	0,538	0,92
7. Se eu fosse um empregador, entrevistaria José para um emprego. (INV)				0,75					5,7 (2,6)	0,637	0,84
8. Eu estaria disposto a conversar com José sobre seus problemas. (INV)		0,65							7,3 (2,1)	0,566	0,85
9. Eu sentiria pena de José.					0,90				4,2 (2,6)	0,874	0,69
10. Eu pensaria que José é o culpado da sua situação atual.							0,83		1,3 (1,0)	0,700	0,58
12. Até que ponto se sentiria irritado com José?						0,85			2,6 (1,7)	0,845	0,79
13. Até que ponto sentiria que José é perigoso?	0,74								3,9 (1,9)	0,679	0,94
14. Até que ponto concorda que José deveria ser forçado a tratar-se com o seu médico mesmo que ele não quisesse?								0,70	5,8 (2,6)	0,621	0,87
15. Eu penso que seria melhor para a comunidade onde José está inserido se ele fosse colocado num hospital psiquiátrico.			0,80						2,5 (2,0)	0,742	0,86
16. Eu pegaria uma carona de carro com José, todos os dias. (INV)				0,73					4,0 (2,6)	0,602	0,86
17. Até que ponto acha que um hospício, onde José pudesse estar afastado da sua vizinhança, seria o melhor local para ele?			0,74						2,0 (1,6)	0,644	0,87
18. Eu me sentiria ameaçado por José.	0,79								3,0 (1,9)	0,738	0,92
19. Até que ponto sentiria medo de José?	0,85								3,2 (1,9)	0,790	0,89
20. Até que ponto estaria disposto a ajudar José? (INV)		0,84							7,8 (1,6)	0,776	0,75
21. Até que ponto tem a certeza de que iria ajudar José? (INV)		0,82							6,8 (1,9)	0,720	0,75
22. Até que ponto sentiria pena de José?					0,91				3,8 (2,5)	0,884	0,68
23. Até que ponto acha que José é responsável pela sua situação atual?							0,81		2,1 (1,8)	0,674	0,63
24. Até que ponto você se sentiria assustado por José?	0,81								3,3 (1,8)	0,741	0,93
25. Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, iria forçá-lo a viver numa moradia protegida para pessoas com transtornos mentais.			0,73						2,2 (1,8)	0,602	0,89
26. Se eu fosse o proprietário, provavelmente alugaria um apartamento para José. (INV)				0,73					5,7 (2,7)	0,581	0,85
27. Até que ponto me preocuparia com José? (INV)		0,66							6,4 (2,0)	0,500	0,85
Autovalor	5,0	2,4	2,4	1,9	1,9	1,7	1,4	1,4			
Porcentagem de Variância Explicada	19,2	9,1	9,1	7,1	7,1	6,5	5,5	5,3	→ Total = 68,9%		
Alfa de Cronbach	0,92	0,74	0,76	0,66	0,89	0,84	0,49	0,33	Total: 0,83		

Nota: **MSA**: Medida da Adequabilidade da Amostra (*Measures of Sampling Adequacy*). **h^2** : Comunalidade. **Fatores**: F₁ (Medo); F₂ (Desamparo). F₃ (Segregação); F₄ (Afastamento); F₅ (Pena); F₆ (Intolerância); F₇ (Responsabilização) e F₈ (Coerção). **INV**: indica que a nota da questão foi invertida, p. ex. Q7 INV = 10-Q7. Medidas de avaliação da adequabilidade para a aplicação da Análise Fatorial: KMO: 0,86 e Teste de esferecidade de Bartlett: $p < 0,0001$. Devido ao baixo poder de discriminação (cargas fatoriais muito baixas) a questão de número 11 foi retirada para a composição dos índices, ou seja, foi considerada irrelevante.

Quadro 6 - Distribuição das questões do questionário em relação aos fatores, considerando as versões AQ-27, AQ-27P e AQ-26B

AQ-27/AQ-27P	Fatores/ Interpretação	Questões	AQ-26B	Fatores/ Interpretação	Questões
Fear/ Medo	Pessoas com TM provocam medo nas pessoas	Q3, Q19, Q24	Medo (F1)	Pessoas com TM provocam medo nas pessoas porque são imprevisíveis e violentas	Q1, Q2, Q3, Q13, Q18, Q19, Q24
Help/ Ajuda	Pessoas com TM precisam de assistência	Q8, Q20, Q21	Desamparo (F2)	Pessoas com transtornos mentais não merecem ajuda	Q8, Q20, Q21, Q27
Segregation/ Segregação	Pessoas com TM devem ser encaminhadas para instituições fora da comunidade	Q6, Q15, Q17	Segregação (F3)	Idem	Q6, Q15, Q17, Q25
Avoidance/ Evitamento	Não desejo conviver com pessoas com TM	Q7, Q16, Q26	Afastamento (F4)	Idem	Q7, Q16, Q26
Pity/ Pena	Pessoas com TM são tomadas pela sua doença, merecendo preocupação e pena	Q9, Q22, Q27	Pena (F5)	Idem	Q9, Q22
Anger/Irritação	Pessoas com TM são culpadas por terem a sua doença e provocarem raiva em outras pessoas	Q1, Q4, Q12	Intolerância (F6)	Idem	Q4, Q12
Responsability/ Responsabilidade	Pessoas com TM podem controlar seus sintomas e são responsáveis pela sua doença	Q10, Q11, Q23	Responsabilização (F7)	Idem	Q10, Q23
Coercion/Coação	Pessoas com TM devem se submeter ao tratamento	Q5, Q14, Q25	Coerção (F8)	Idem	Q5, Q14
Dangerousness/ Perigosidade	Pessoas com TM são imprevisíveis e violentas	Q2, Q13, Q18	-	-	-

Nota: A Q11 foi retirada do modelo do estudo.

AQ-27 - Original em inglês; AQ-27P - original em português; AQ-26B - versão brasileira; Em vermelho são destacadas as questões que mudaram de fator ou constructo; F: Fator

* Esse conceito foi invertido na análise do estudo.

5.3 Análise de conglomerados (clusters)

Baseando-se nos oito fatores relacionados ao estigma, obtidos pela análise fatorial, uma análise de conglomerados (*clusters*) foi utilizada para identificar possíveis grupos de alunos de medicina com características únicas. Os resultados indicaram dois grupos (*conglomerados*) distintos de alunos, sendo, 52,9% dos alunos apresentam Grau I de estigma e 47,1% apresentam Grau II de estigma (Gráfico 1). Os dois grupos formados diferem estatisticamente entre si, ou seja, as médias de cada um dos oito fatores diferem significativamente ($p < 0,05$) entre os grupos com Grau I e II, onde, em cada um dos oito fatores a média do grupo com Grau II de Estigma é sempre estatisticamente superior (**maior estigma**) ao grupo de alunos com Grau I de Estigma (**menor estigma**) (Tabela 3).

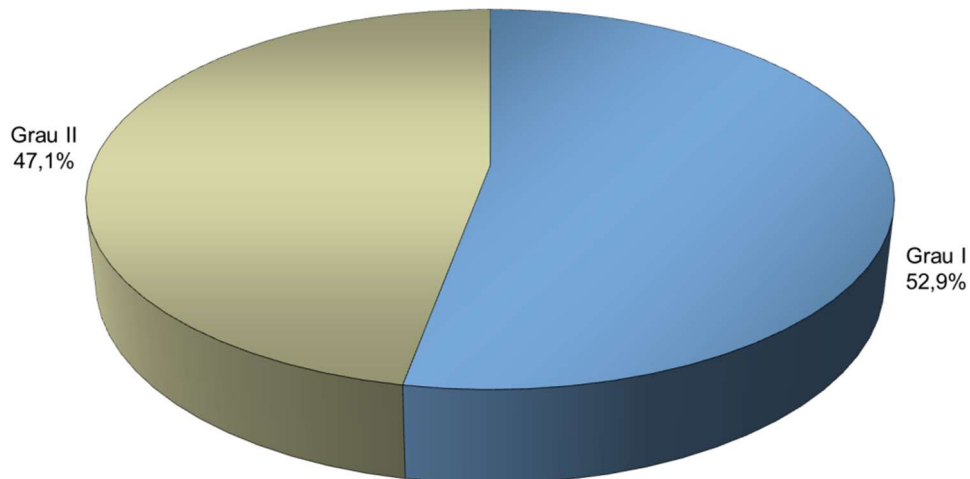


Gráfico 1 - Caracterização dos 431 alunos que participaram da validação do AQ-26B, de acordo com o grau de estigma, quanto aos grupos identificados na análise de conglomerados baseando-se nos oito fatores gerados pela análise fatorial.

Tabela 3 - Média dos oito fatores gerados pela Análise Fatorial em relação aos dois grupos (*clusters*) de alunos formados pela Análise de Conglomerados (n = 431 alunos)

Fatores	Grau do Estigma		Teste t de student	
	Grau I	Grau II	p	Conclusão
F1	2,6 (1,2)	4,5 (1,5)	< 0,001	I < II
F2	2,7 (1,3)	3,2 (1,5)	< 0,001	I < II
F3	1,8 (0,9)	3,3 (1,6)	< 0,001	I < II
F4	4,1 (1,9)	5,7 (1,8)	< 0,001	I < II
F5	2,5 (1,9)	5,7 (2,0)	< 0,001	I < II
F6	1,9 (1,1)	3,2 (1,7)	< 0,001	I < II
F7	1,5 (0,9)	1,9 (1,3)	< 0,001	I < II
F8	6,4 (1,8)	7,8 (1,4)	< 0,001	I < II

Nota: Na coluna do grau são apresentados os valores da Média e desvio-padrão (entre parênteses)

p → Probabilidade de significância do teste *t de student*

Fatores → F1 (Medo); F2 (Desamparo); F3 (Segregação); F4 (Afastamento); F5 (Pena); F6 (Intolerância); F7 (Responsabilização) e F8 (Coerção)

A partir da observação do Gráfico 2, observam-se mais facilmente a variação dos valores médios de estigma relatados pelos alunos a partir da análise de conglomerado. O Fator 8 (Coerção) apresentou, visivelmente, os maiores valores, enquanto de o Fator 7 (Responsabilização), da mesma forma, os menores. Além desses extremos, os demais Fatores apresentaram resultados intermediários, todos significativamente diferentes entre si, caracterizando uma relação de independência entre eles a partir das respostas dos alunos.

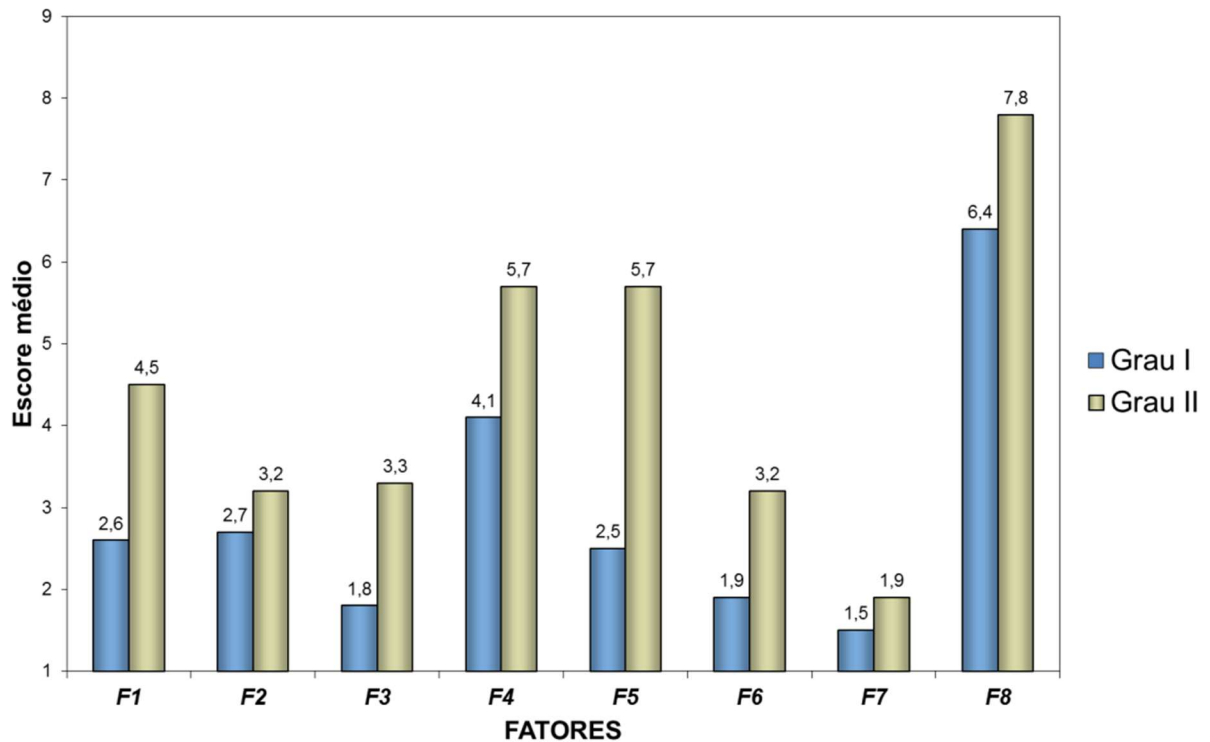


Gráfico 2 - Caracterização dos grupos, de acordo com o grau de estigma, identificados na análise de conglomerados em relação aos oito fatores gerados pela análise fatorial (n = 431 alunos).

Legenda: **Fatores** → F₁ (Medo); F₂ (Desamparo); F₃ (Segregação); F₄ (Afastamento); F₅ (Pena); F₆ (Intolerância); F₇ (Responsabilização) e F₈ (Coerção)

Características sociodemográficas e de história de vida, não apresentaram associação estatisticamente significativa quando considerados os graus de estigma identificados pela análise de conglomerados. No entanto os alunos que consideraram a possibilidade da escolha da psiquiatria como opção de especialização, independentemente, de ser seriamente ou como possibilidade, apresentaram **menor estigma** quando comparados àqueles que não consideraram a psiquiatria enquanto especialidade médica ($p = 0,042$). Este resultado reforça a validade do AQ-26B, visto ser um desfecho esperado, ou seja, ilustra que o AQ-26B mede o que se propõe a medir.

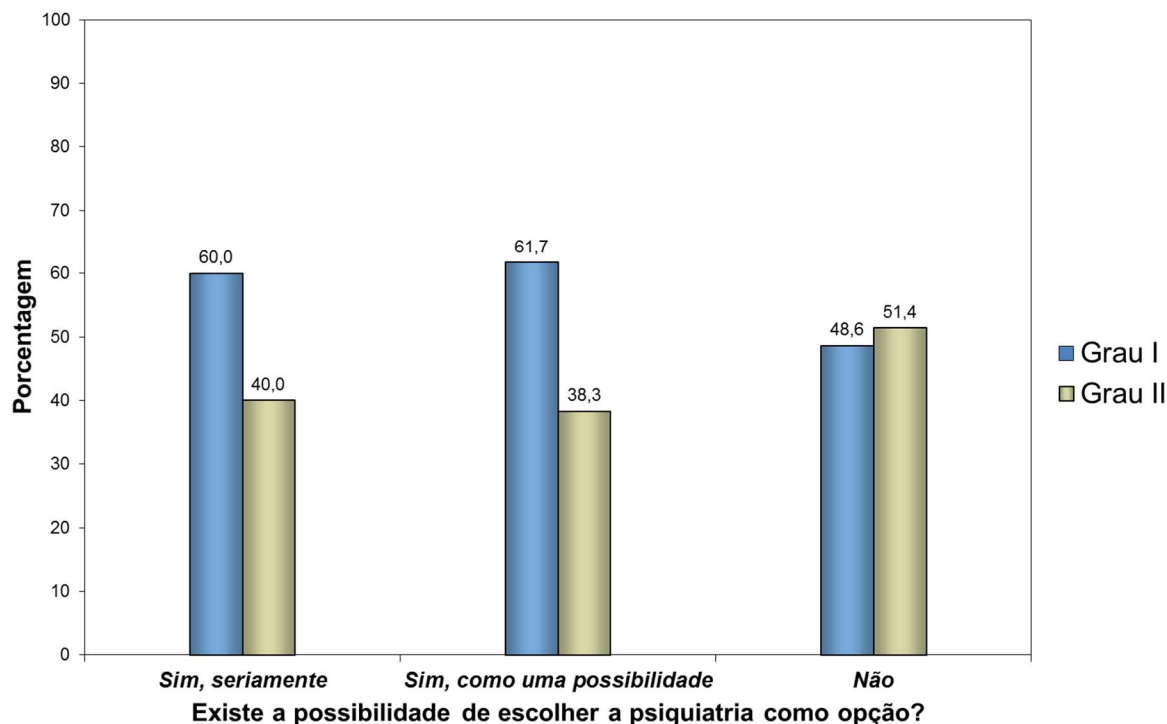


Gráfico 3 - Avaliação do grau de estigma determinado pela análise de conglomerados considerando-se a possibilidade de o aluno escolher a psiquiatria como opção de especialização (n = 431 alunos).

Nota: $p = 0,042$ (O valor de p refere-se à probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado*)

5.3.1 Comparação dos conglomerados em relação ao momento curricular dos alunos

O Gráfico 4 mostra que foram identificados três conjuntos distintos de alunos de acordo com o período em curso e grau de estigma. Os alunos que estavam no 5º ou 6º períodos (previamente expostos ao SMC quando cursaram o 2º período) foram os que apresentaram o **menor estigma**, uma vez que, o percentual de alunos com Grau II é significativamente menor aos observados nos demais conjuntos de alunos. Por outro lado, o grupo com **maior estigma** foi representado pelos concluintes do 1º período (ainda não expostos a nenhuma estratégia educacional do currículo novo), os alunos do 5º ano/2º semestre (expostos ao AMP quando cursaram o 7º período) e os alunos do 6º ano (expostos ao ambulatório de psiquiatria do currículo antigo), ou seja, maiores percentuais de alunos no Grau II de estigma. Os calouros, alunos do sétimo período (expostos ao AMP), bem como do 5º ano/1º semestre (expostos ao AMP no 7º período), apresentaram **um equilíbrio em relação ao grau de estigma**.

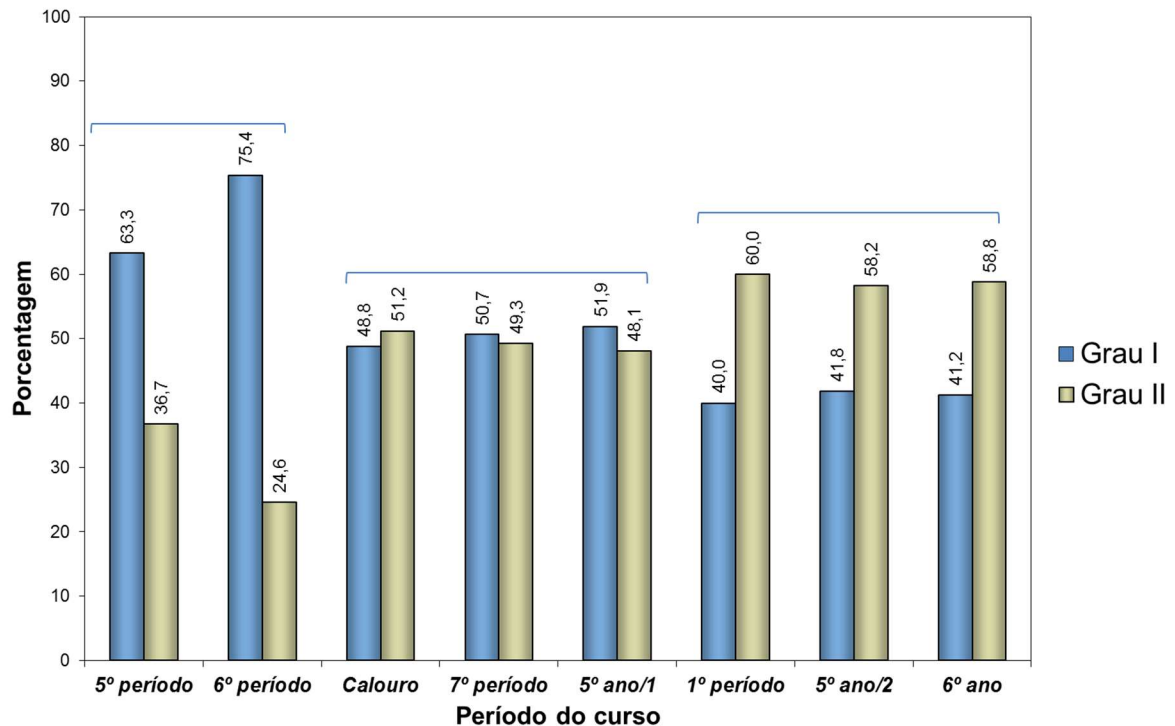


Gráfico 4 - Avaliação do grau de estigma determinado pela análise de conglomerados considerando-se o período do curso - Fase 1 (n = 431 alunos)

Nota: $p = 0,001$ (O valor de p refere-se à probabilidade de significância do teste *Qui-quadrado*)
Os períodos sob o colchete não diferem significativamente entre si ($p \geq 0,05$).

5.4 Fase 2 - Avaliação do estigma por meio do AQ-26B

5.4.1 Análise comparativa entre alunos que participaram Fase 1 e os alunos que participaram da Fase 2 do estudo

Dos 261 alunos elegíveis para a Fase 2 do estudo, 53 não participaram, por motivos diversos, como terem faltado no dia da aplicação do questionário. A Tabela 5 indica que a população de alunos elegíveis, porém que não participou do estudo na Fase 2, possuía características similares aos 156 alunos participantes da Fase 2 do estudo, em relação aos fatores gerados pela análise fatorial, ou seja, estes grupos não apresentaram diferenças significativas que pudessem comprometer os resultados.

Tabela 4 - Análise comparativa entre a população de alunos elegíveis para a Fase 2 do estudo e que participou (n = 156) em relação àquela que não participou (n = 53), de acordo com os fatores gerados pela análise fatorial

Fatores	Participou da Fase 2 (Sim ou Não)	Análises descritivas e comparativas	
		Média ± d.p.	Conclusão
Medo	Sim	3,7 ± 1,7	$p = 0,602$
	Não	3,6 ± 1,6	Sim = Não
Desamparo	Sim	2,8 ± 1,4	$p = 0,524$
	Não	3,0 ± 1,5	Sim = Não
Segregação	Sim	2,6 ± 1,6	$p = 0,818$
	Não	2,6 ± 1,5	Sim = Não
Afastamento	Sim	4,9 ± 2,1	$p = 0,270$
	Não	5,2 ± 1,9	Sim = Não
Pena	Sim	4,0 ± 2,4	$p = 0,356$
	Não	3,7 ± 2,4	Sim = Não
Intolerância	Sim	2,4 ± 1,5	$p = 0,146$
	Não	2,8 ± 1,8	Sim = Não
Responsabilização	Sim	1,7 ± 1,2	$p = 0,283$
	Não	1,9 ± 1,3	Sim = Não
Coerção	Sim	7,1 ± 1,7	$p = 0,068$
	Não	6,6 ± 1,6	Sim = Não

Nota: O valor de p refere-se à probabilidade de significância do teste *t de Student* para amostras independentes.

5.4.2 Dados pessoais, de situação acadêmica e familiar dos alunos

A idade dos 156 alunos que participaram da 2ª Fase do estudo variou de 17 a 42 anos, com média de 23,1 anos. Houve predomínio de alunos do sexo feminino (59,6%) e solteiros (95,4%). Além disso, 96,8% dos alunos não tinham filhos e a quase a totalidade (98,7%) somente estudava. Dentre os 156 alunos pesquisados na Fase 2, 21,2% informaram que algum familiar apresentava doença mental, mas na maioria dos casos tratava-se de familiar fora do núcleo principal (pai, mãe, irmãos, cônjuge ou filhos), 55,5% disseram que conheciam outras pessoas, fora da esfera familiar com doença mental, principalmente, amigos (31,4%) e vizinhos (24,4%). Vale destacar ainda que 23,7% dos alunos de medicina relataram ter feito ou estarem fazendo algum tratamento psiquiátrico ou psicológico. A maioria (90,3%) entrou no curso por meio do vestibular. Alunos bolsistas representaram apenas 8,4% da população estudada. Quanto à experiência de ter cursado outros cursos superiores, 9,6% dos alunos chegaram a concluir, enquanto 11,5% iniciaram, mas não concluíram (total de 21,1%). Dos que passaram por outros cursos antes de iniciarem medicina, 24,2% foram nas áreas de humanas e/ou exatas e, a maioria, 63,7% vieram de cursos da área biológica/ciências da saúde.

Como pode ser observado, o perfil de alunos da primeira fase se mostrou muito semelhante aos da segunda fase do estudo.

5.4.3 Avaliação do impacto das estratégias educacionais no grau de estigma dos alunos a partir da análise de conglomerado

Quando avaliamos o efeito de cada conjunto de estratégias educacionais, isoladamente, observam-se diferenças entre elas. Na estratégia **Saúde Mental na Comunidade (SMC)** a proporção de alunos com menor estigma após a passagem pela 2ª Fase do estudo foi estatisticamente significativa ($p = 0,004$) (Tabela 5 e Gráfico 5).

Tabela 5 - Avaliação do grau de Estigma dos alunos 1º período de Medicina antes (1ª Fase) e após (2ª Fase) a intervenção curricular (SMC) no curso de Medicina com o intuito de reduzir o estigma relacionado aos portadores de transtornos mentais (n = 50 alunos)

Estigma na 1ª fase	Estigma na 2ª Fase		Total
	Grau I	Grau II	
Grau I	14	3	17 (34,0%)
Grau II	16	17	33 (66,0%)
Total	30 (60,0%)	20 (40,0%)	50

Nota: $p = 0,004$ (Teste Qui-quadrado de McNemar)

Os percentuais apresentados na tabela foram calculados em relação ao total de 50 alunos.

Conclusão: Em relação à resposta “grau II” → 2ª Fase < 1ª Fase

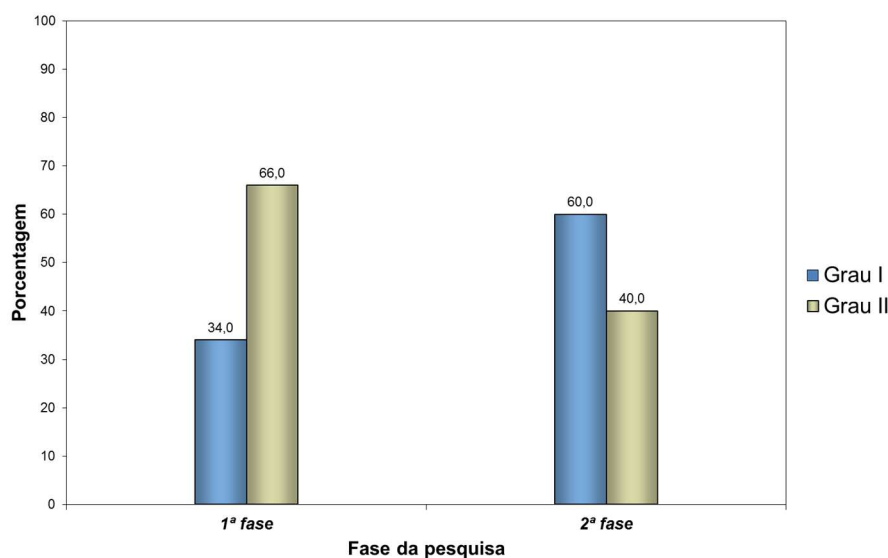


Gráfico 5 - Distribuição dos alunos do 1º período quanto aos dois grupos criados (Clusters) no que se refere ao grau do Estigma dos alunos de acordo com a Análise de Conglomerados da 1ª Fase e da 2ª Fase (n = 50 alunos)

Nota: $p = 0,004$ (Teste Qui-quadrado de McNemar)

Os grupos formados na 2ª Fase basearam-se nos 8 fatores gerados pela análise fatorial tomando-se como base a *semente* (centróides iniciais) de agrupamentos da análise de conglomerado da 1ª Fase.

CONCLUSÃO: Em relação à resposta “grau II” → 2ª Fase < 1ª Fase.

Um resultado de tendência positiva, embora não tenha sido estatisticamente significativo, foi também observado quando houve a agregação da estratégia **Internato de Urgência em**

Saúde Mental (IUSM) ao Apoio Matricial em Psiquiatria (AMP) ($p = 0,064$) (Tabela 6 e Gráfico 6).

Tabela 6 - Avaliação do grau de Estigma dos alunos 6º ano de medicina antes (1ª Fase) e após (2ª Fase) a intervenção curricular no curso de Medicina (AMP + IUSM) com o intuito de reduzir o estigma relacionado aos portadores de transtornos mentais (n = 58 alunos)

Estigma na 1ª Fase	Estigma na 2ª Fase		Total
	Grau I	Grau II	
Grau I	19	7	26 (44,8%)
Grau II	17	15	32 (55,2%)
Total	36 (62,1%)	22 (37,9%)	58

Nota: $p = 0,064$ (Teste Qui-quadrado de *McNemar*)

Os percentuais apresentados na tabela foram calculados em relação ao total de 58 alunos.

CONCLUSÃO: Em relação à resposta “grau II” ou “grau I” → 1ª Fase = 2ª Fase

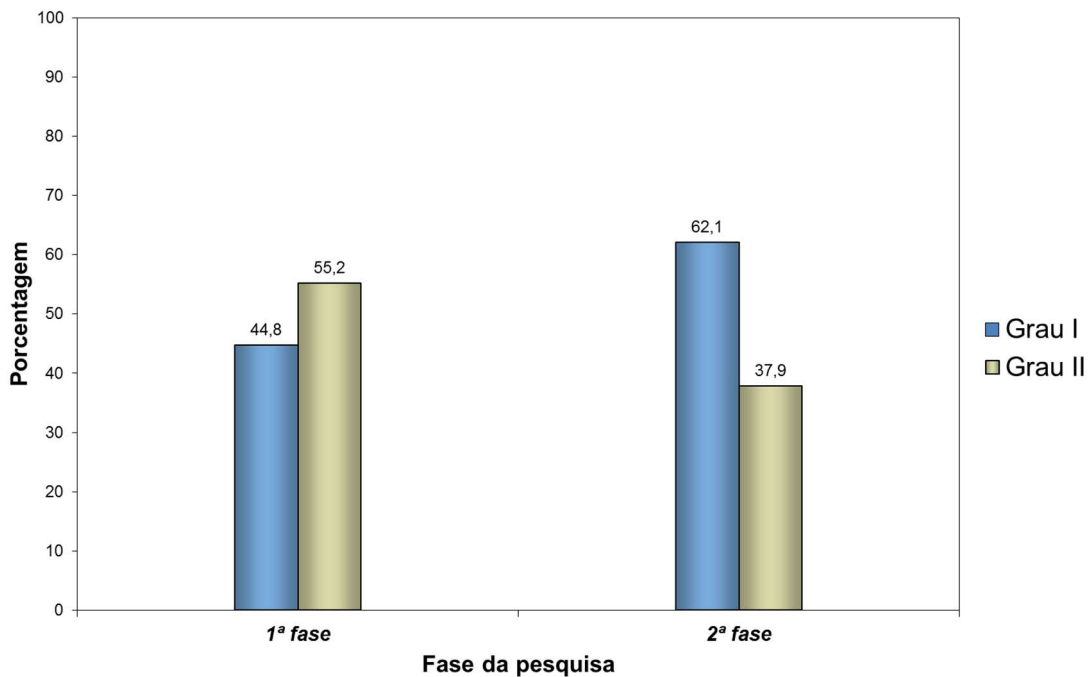


Gráfico 6 - Distribuição dos alunos do 5º ano/2º semestre ou do 6º ano quanto aos dois grupos criados (Clusters) no que se refere ao grau do Estigma dos alunos de acordo com a Análise de Conglomerados da 1ª Fase e da 2ª Fase (n = 58 alunos)

Nota: $p = 0,064$ (Teste Qui-quadrado de *McNemar*)

Os grupos formados na 2ª Fase basearam-se nos 8 fatores gerados pela análise fatorial tomando-se como base a *semente* (centróides iniciais) de agrupamentos da análise de conglomerado da 1ª Fase.

CONCLUSÃO: Em relação à resposta “grau II” ou “grau I” → 1ª Fase = 2ª Fase

Já após a incorporação do Apoio Matricial em Psiquiatria (AMP) ao Saúde Mental na Comunidade (SMC), não houve efeito estatístico significativo entre a 1ª e 2ª Fase do estudo ($p = 0,754$), havendo discreta tendência para aumento do estigma nesse grupo de alunos (Tabela 7 e Gráfico 7).

Tabela 7 - Avaliação do grau de Estigma dos alunos 6º período de medicina antes (1ª Fase) e após (2ª Fase) a intervenção curricular no curso de Medicina (SMC + AMP) com o intuito de reduzir o estigma relacionado aos portadores de transtornos mentais (n = 48 alunos)

Estigma na 1ª Fase	Estigma na 2ª Fase		Total
	Grau I	Grau II	
Grau I	31	6	37 (77,1%)
Grau II	4	7	11 (22,9%)
Total	35 (72,9%)	13 (27,1%)	48

NOTA: $p = 0,754$ (Teste Qui-quadrado de *McNemar*)

Os percentuais apresentados na tabela foram calculados em relação ao total de 48 alunos.

CONCLUSÃO: Em relação à resposta “grau II” ou “grau I” → 1ª Fase = 2ª Fase

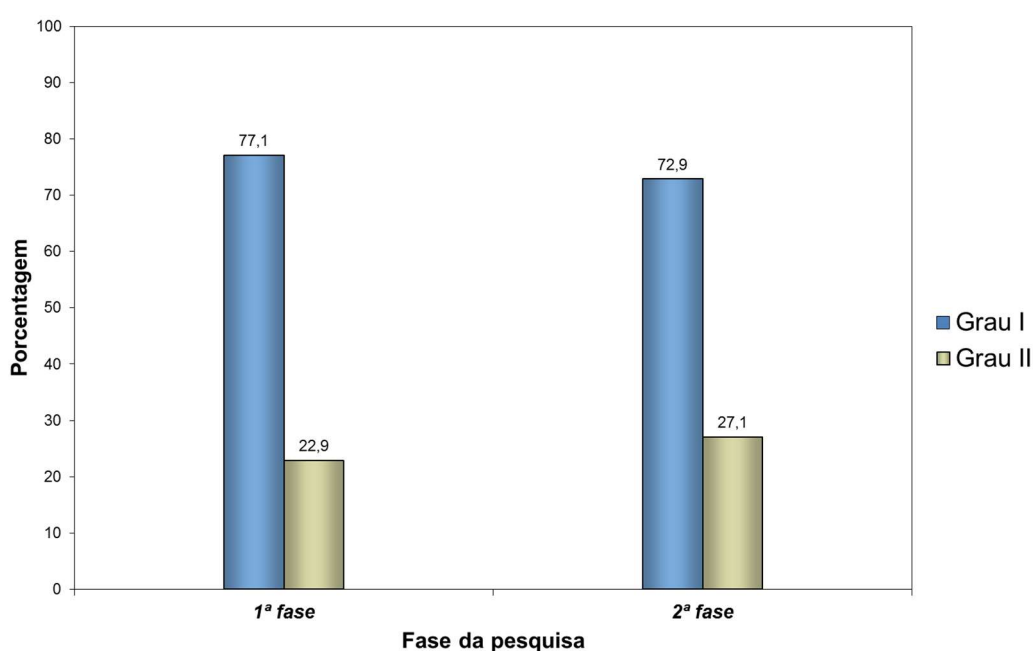


Gráfico 7 - Distribuição dos alunos do 6º período quanto aos dois grupos criados (Clusters) no que se refere ao grau do Estigma dos alunos de acordo com a Análise de Conglomerados da 1ª Fase e da 2ª Fase (n = 48 alunos)

NOTA: $p = 0,754$ (Teste Qui-quadrado de *McNemar*)

Os grupos formados na 2ª Fase basearam-se nos 8 fatores gerados pela análise fatorial tomando-se como base a *semente* (centróides iniciais) de agrupamentos da análise de conglomerado da 1ª Fase.

CONCLUSÃO: Em relação à resposta “grau II” ou “grau I” → 1ª Fase = 2ª Fase

Como pode ser observado na Tabela 8 e no Gráfico 8 a aplicação das estratégias educacionais, quando considerados todos os alunos, nas três estratégias educacionais, resultaram em um aumento significativo de alunos com menor estigma ($p < 0,001$).

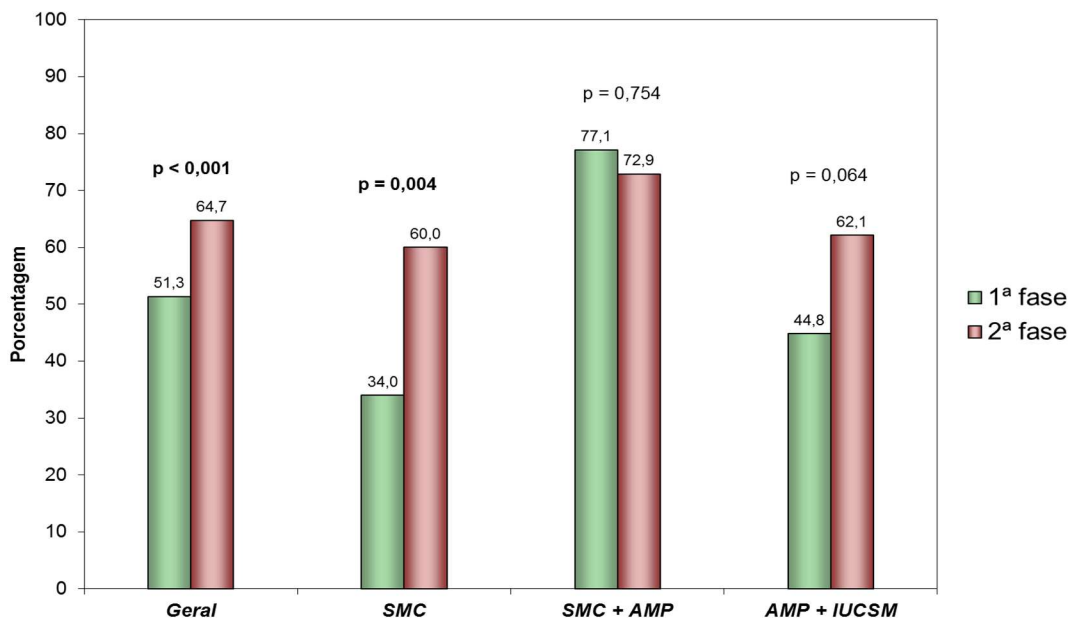
Tabela 8 - Avaliação do grau de Estigma dos alunos de medicina antes (1ª Fase) e após (2ª Fase) a intervenção curricular no curso de Medicina com o intuito de reduzir o estigma relacionado aos portadores de transtornos mentais (n = 156 alunos)

Estigma na 1ª fase	Estigma na 2ª fase		Total
	Grau I	Grau II	
Grau I	64	16	80 (51,3%)
Grau II	37	39	76 (48,7%)
Total	101 (64,7%)	55 (35,3%)	156

NOTA: $p < 0,001$ (Teste Qui-quadrado de *McNemar*)

Os percentuais apresentados na tabela foram calculados em relação ao total de 156 alunos.

Gráfico 8 - Avaliação da proporção de alunos com Grau I de estigma (menor estigma) pré-exposição e pós-exposição às estratégias educacionais do currículo novo (n = 156 alunos).



Nota: $p < 0,005$ (Teste Qui-quadrado de *McNemar*)

5.4.4 Avaliação do impacto das estratégias educacionais em relação aos oito fatores definidos pela análise fatorial

Avaliando-se cada estratégia educacional e os oito fatores, separadamente, foram observados resultados diferenciados em relação ao estigma. O grupo de alunos que passou pela estratégia **Saúde Mental na Comunidade (SMC)** apresentou redução significativa do escore relacionado aos fatores Medo ($p = 0,010$), Segregação ($p = 0,004$), Afastamento ($p < 0,001$) e Coerção ($p = 0,004$). Perfil de mudança semelhante foi observado no grupo de alunos que passou pelas estratégias de **Apoio Matricial em Psiquiatria (AMP) + Internato de Urgência em Saúde Mental (IUSM)**, pois houve redução estatisticamente significativa relacionada aos fatores Medo ($p = 0,001$), Segregação ($p < 0,001$) e Afastamento ($p = 0,001$). Ao se avaliar o

grupo de alunos que já havia passado pela **SMC** e incorporaram a estratégia do **AMP**, foi observado aumento significativo apenas do fator Coerção ($p = 0,006$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Análises comparativas pré e pós-exposição dos 156 alunos ao currículo novo de saúde mental em relação a cada um dos oito fatores avaliados

Fatores	Estratégias			p
	SMC ¹	(SMC) + AMP ²	(AMP) + IUSM ³	
Medo				
Pré	4,1 ± 1,8	3,1 ± 1,7	3,9 ± 1,7	0,017 → 2 < (1 = 3) 0,010 → 3 < 1
Pós	3,3 ± 1,7	2,7 ± 1,7	2,4 ± 1,5	
p	0,010 → 1 ^a > 2 ^a	0,175 → 1 ^a = 2 ^a	0,001 → 1 ^a > 2 ^a	
Desamparo				
Pré	2,8 ± 1,3	2,6 ± 1,3	3,0 ± 1,5	0,395 → 1 = 2 = 3 0,409 → 1 = 2 = 3
Pós	2,6 ± 1,2	2,4 ± 1,2	2,7 ± 1,5	
p	0,184 → 1 ^a = 2 ^a	0,288 → 1 ^a = 2 ^a	0,153 → 1 ^a = 2 ^a	
Segregação				
Pré	3,4 ± 1,8	1,7 ± 1,1	2,8 ± 1,5	< 0,001 → 2 < 3 < 1 0,005 → (2 = 3) < 1
Pós	2,7 ± 1,8	1,8 ± 1,0	2,0 ± 1,2	
p	0,004 → 1 ^a > 2 ^a	0,456 → 1 ^a = 2 ^a	< 0,001 → 1 ^a > 2 ^a	
Afastamento				
Pré	5,2 ± 1,8	4,1 ± 2,2	5,3 ± 2,0	0,007 → 2 < (1 = 3) 0,381 → 1 = 2 = 3
Pós	4,2 ± 1,9	3,9 ± 2,2	4,4 ± 1,9	
p	< 0,001 → 1 ^a > 2 ^a	0,401 → 1 ^a = 2 ^a	0,001 → 1 ^a > 2 ^a	
Pena				
Pré	4,4 ± 2,1	3,4 ± 2,5	4,2 ± 2,4	0,063 → 1 = 2 = 3 0,360 → 1 = 2 = 3
Pós	4,1 ± 2,4	3,4 ± 2,5	3,9 ± 2,5	
p	0,333 → 1 ^a = 2 ^a	0,888 → 1 ^a = 2 ^a	0,374 → 1 ^a = 2 ^a	
Intolerância				
Pré	2,4 ± 1,7	1,9 ± 1	2,8 ± 1,6	0,004 → 2 < 3 0,616 → 1 = 2 = 3
Pós	2,5 ± 1,5	2,1 ± 1,2	2,3 ± 1,9	
p	0,832 → 1 ^a = 2 ^a	0,184 → 1 ^a = 2 ^a	0,050 → 1 ^a = 2 ^a	
Responsabilização				
Pré	1,6 ± 0,8	1,4 ± 0,8	2,1 ± 1,7	0,010 → (1=2) < 3 0,050 → 1 = 2 = 3
Pós	2,0 ± 1,7	1,3 ± 0,7	2,0 ± 1,8	
p	0,104 → 1 ^a = 2 ^a	0,701 → 1 ^a = 2 ^a	0,759 → 1 ^a = 2 ^a	
Coerção				
Pré	7,1 ± 1,6	6,6 ± 2,0	7,5 ± 1,5	0,046 → 2 < 3 < 0,001 → 1 < (2 = 3)
Pós	6,3 ± 2,0	7,3 ± 1,3	7,4 ± 1,4	
p	0,004 → 1 ^a > 2 ^a	0,006 → 1 ^a < 2 ^a	0,888 → 1 ^a = 2 ^a	

Base de dados: **SMC** → 50 casos, **AMP** → 48 casos e **IUSM** → 58 casos

Nota: a probabilidade de significância refere-se ao teste t de Student para amostra pareadas (F1 x F2) e o teste da Análise de variância para 1 fator (comparação entre as estratégias). Em sombreado, os resultados estatisticamente significativos.

5.4.5 Avaliação dos oito fatores de estigma resultantes da análise fatorial de acordo com a exposição às estratégias educacionais do currículo novo na Fase 2 do estudo

Os fatores Desamparo, Afastamento, Intolerância, Responsabilização e Pena não receberam influência significativa de qualquer conjunto de estratégias educacionais, independente da fase do estudo. O escore de Medo foi significativamente menor no grupo de alunos que passou pela incorporação do **IUSM** quando comparado à **SMC** ($p = 0,010$). Em relação ao fator Segregação, o **AMP** e o **IUSM** apresentaram um escore menor que a **SMC**

isoladamente ($p = 0,005$). Em relação ao fator Coerção, a **SMC** apresentou o menor escore, se comparado às outras estratégias educacionais ($p < 0,001$) e o **AMP** um aumento significativo do escore quando comparada a primeira com a segunda fase do estudo ($p = 0,006$).

6 DISCUSSÃO

6.1 Escalas de mensuração do estigma e a versão brasileira do Attribution Questionnaire (AQ-26B)

A **validade** de testes ou escalas constitui um parâmetro de medida tipicamente discutida nas ciências sociais. Validade, segundo Pasquali (2007), é um conceito bastante simples, se entendida como a propriedade de um teste estar de fato se referindo (representando) um fator, ou seja, se está medindo aquilo que se propõe a medir. Já o conceito de validação, é mais complexo, porque se trata de provar cientificamente a validade de um instrumento. Também segundo Pasquali (2011), isto é particularmente o caso nos enfoques que, em psicologia, trabalham com o conceito de traço latente, onde se deve demonstrar a correspondência (congruência) entre traço latente e sua representação física (o comportamento). A Teoria de Resposta ao Item (TRI), que embasa essa perspectiva da psicometria moderna, define a qualidade dos testes (que são comportamentos ou variáveis observáveis) em função de um critério que não é o comportamento e sim variáveis hipotéticas, as quais chama de traço latente, também conhecido por outros nomes, como: fator, constructo, conceito, estrutura psíquica, traço cognitivo, atitude, dentre outros. Assim sendo, o comportamento é o efeito e os traços latentes a causa. Como aponta Pasquali, o que caracteriza a medida psicométrica

[...] é a demonstração da adequação da representação, isto é, a demonstração do isomorfismo entre a ordenação nos procedimentos empíricos e a ordenação nos procedimentos teóricos do traço latente (é a problemática da validade). Significa demonstrar que a operacionalização do atributo latente em comportamentos (itens) de fato corresponde a esse atributo. Esta demonstração é tipicamente tentada através de análises estatística dos itens individualmente e do teste em seu todo (PASQUALI, 2011, p. 57).

Portanto, a elaboração de instrumentos, escalas dentro da TRI depende de **procedimentos teóricos**: desenvolvimento da teoria psicológica sobre este traço e a elaboração dos comportamentos que os representam (itens) por experts; **procedimentos empíricos**: definição de uma amostra representativa e aplicação dos itens a estes sujeitos para qual o teste está sendo construído; **procedimento analítico**: demonstração da adequação do modelo aos dados empíricos, através da Análise Fatorial.

Outro fator de grande relevância na discussão metodológica da elaboração de escalas é a definição **fidedignidade, confiabilidade ou precisão** de um teste. Significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos, isto é, a correlação entre

estas duas medidas deve ser igual a 1. Entretanto, como sempre existem fatores perturbadores ou *confounding variables* em todas as experiências científicas, o erro está sempre presente em qualquer medida (PASQUALI, 2009). Uma das técnicas de estimar a precisão de um teste em uma única aplicação é através da análise da consistência interna dos itens, isto é, verificando a congruência que cada item do teste tem com o restante dos itens do mesmo teste. Assim, quanto menos variabilidade um mesmo item produz numa amostra de sujeitos, menos erros ele provocará. Uma análise estimativa da confiabilidade do teste pode ser efetuada pela fórmula de Cronbach, através do seu Coeficiente Alfa: quanto mais próximo de 1, mais homogêneos são os itens entre si e maior é a consistência interna do teste, ou seja, mais preciso ele conseguirá medir aquilo que ele se propõe a medir (PASQUALI, 2011).

Este estudo foi um dos poucos que utilizou escalas de mensuração de estigma para avaliar intervenções educacionais em alunos de medicina e o único que verificou as propriedades psicométricas da escala AQ-27, versão em português, através de Análise Fatorial (SOUSA et al., 2012; KASSAM et al., 2010). Escolheu-se a AQ-27 para mensuração da variável estigma porque era a única com versão em português que já havia sido testada (SOUSA et al., 2012; MARQUES; BARBOSA; QUEIRÓS, 2011; BARRANTES, 2010), além de possuir um arcabouço teórico consistente com os objetivos da pesquisa (CORRIGAN et al., 2003). Por fim, durante o piloto, mostrou-se de fácil operacionalização, sendo bem recebida por alunos e aplicadores.

A Análise Fatorial conduzida pelo presente estudo, que validou o AQ-26B, apresentou cargas fatoriais altas (todas acima de 0,65 - com exceção da Q6 = 0,52) o que caracterizou uma correlação forte de cada variável (questão) com o fator correspondente (validade de constructo). No que se refere à confiabilidade da consistência interna, que avalia o grau de congruência que cada item do teste tem com o restante dos itens do mesmo teste (precisão da medida), também foram observados valores altos (entre 0,66 e 0,92), com exceção de dois fatores: Responsabilização (0,49) e Coerção (0,33). A versão brasileira apresentou Alfa de Cronbach geral de 0,83 semelhante aos estudos portugueses – Sousa et al. (2012) (0,88), Marques, Barbosa e Queirós (2011) (0,76), Barrantes (2010) (0,83) e italianos – Pingani et al. (2016) (0,68) e Pingani et al. (2011) (0,81). Revisão sistemática da literatura identificou a Análise Fatorial e o Alfa de Cronbach como os métodos mais frequentemente utilizados nos estudos envolvendo avaliação em educação médica (KOGAN; SHEA, 2007).

A baixa pontuação dos Fatores Responsabilidade e Coerção no AQ-26B (0,49 e 0,33), respectivamente coincidiu com dois estudos portugueses e um italiano. Em Sousa et al. (2012) os resultados foram de 0,13 (Responsabilização) e 0,21 (Coerção), em Marques, Barbosa e

Queirós (2011) foram de 0,42 (Responsabilização) e 0,37 (Coerção) e em Pingani et al. (2016) foram de 0,48 (Responsabilização) e 0,63 (Coerção). Os dois últimos incluíram alunos das áreas da saúde, o que pode ter contribuído para um resultado mais parecido com o encontrado na pesquisa em curso.

O estudo de Brown (2008) também identificou um problema no Fator Responsabilidade, elemento chave na teoria de atribuição de Weiner, Perry e Magnusson (1988), na qual Corrigan et al. (2003) se apoiaram para o desenvolvimento da escala.

A Q11 foi retirada do AQ-26B, aparentemente por não ter sido adequadamente compreendida pelos alunos que participaram do estudo. Durante o piloto, realizado após a adaptação da tradução brasileira, foi a única questão que suscitou alguma dúvida de compreensão dos alunos, confirmada pela análise fatorial. Aparentemente, é mais difícil elaborar itens relacionados à ideia de responsabilizar o portador de transtorno mental pela causa da sua doença, em inglês - *controllability*. A complexidade do fator e as dificuldades linguísticas relacionadas à expressão clara do significado latente indicam uma maior dificuldade de mensuração desse fator. Isso não foi identificado nos fatores Intolerância e Pena que apesar de serem representados por apenas duas questões cada um não apresentaram dificuldade de compressão por parte dos alunos estudados. A reformulação desse item na língua portuguesa, ou mesmo a inclusão de mais itens que tragam o mesmo traço latente implícito no questionário original, poderiam contribuir com a melhora da confiabilidade da consistência interna desse item o que acarretaria em uma melhora dos parâmetros psicométricos da escala como um todo.

Já o Fator Coerção, originalmente *Coercion* (inglês)/*Coacção* (português de Portugal) apresentou uma mudança do número de itens, com a perda da Q25 para o fator Segregação. Isso pode ter contribuído com os parâmetros psicométricos encontrados posteriormente para esse fator.

Não obstante a esses achados optou-se por manter estes dois fatores no AQ-26B por representarem uma percentagem importante da variância explicada (10,8%), além de estarem coerentes com os pressupostos teóricos que embasaram a escala original (CORRIGAN et al., 2003).

Por outro lado, o fator Medo apresentou os maiores valores de Alfa de Cronbach independentemente das versões já validadas: inglês, português ou italiano. Possivelmente é um fator mais fácil e evidente de identificação, independente do perfil e contexto histórico e cultural dos pesquisados. Além disso, no AQ-26B houve uma fusão entre os fatores Medo e Percepção de perigo (*Dangerousness*). Os alunos de medicina não estabeleceram uma distinção clara entre

esses dois fatores, que na realidade traduzem traços latentes muito próximos em significado. Na versão original do questionário a Percepção de Perigo (*Dangerousness*) representa o estereótipo dos portadores de transtornos mentais, imprevisíveis e violentos. Já o fator Medo está mais relacionado à reação emocional de autopreservação, provocada pelo estereótipo descrito.

Como se pode observar, a reorganização de algumas questões na escala brasileira obedeceu uma certa coerência, de acordo com a interpretação dos alunos pesquisados. Por exemplo:

- A Q1, antes no Fator *Anger/Irritação* foi mais identificada ao fator Medo;
- Q1 - Eu me sentiria incomodado por José.
- A Q25, antes no fator *Coersion/Coação* foi mais identificada ao Fator Segregação;
- Q25 - Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, iria forçá-lo a viver numa moradia protegida para pessoas com transtornos mentais.
- A Q27, antes no fator Pena foi mais identificada com o fator Desamparo, originalmente (*Help/Ajuda*)
- Q27 - Até que ponto me preocuparia com José?

É possível que essa redistribuição de questões, observada a partir da análise fatorial, esteja relacionada às características da amostra: apenas alunos de medicina, aspectos da cultura brasileira, ou da organização dos serviços de saúde, como previstos por Wild et al. (2009) sobre a adaptação de instrumentos de pesquisa.

Essas mudanças, além de fatores de natureza linguística e cultural, geraram a necessidade de modificação do nome de alguns fatores na versão brasileira com o intuito de se preservar uma maior coerência entre a distribuição das questões e seus fatores, tornando todos direcionados à estigmatização: *Anger/Irritação* - Intolerância; *Avoidance/Evitamento* - Afastamento; *Help/Ajuda* - Desamparo.

A versão final brasileira do Questionário de Atribuição (AQ-26B) apresentou um fator a menos que a versão final de Corrigan et al. (2003) e dois fatores a mais que o sugerido por Brown (2008). A maior alteração consistiu na fusão dos fatores Medo e Percepção de Perigo (*Dangerousness/Perigosidade*).

Apesar dessa alteração, o questionário brasileiro (AQ-26B) manteve parâmetros de validade e confiabilidade adequados observando-se coerência entre o modelo original e o gerado pelo presente estudo. Além disso, o AQ-26B se mostrou de fácil aplicação,

demonstrando ser um instrumento útil para avaliar o estigma em relação à doença mental nas escolas médicas brasileiras.

6.2 Avaliação do estigma ao longo do currículo médico a partir da análise de conglomerados (clusters)

A conversão dos oito fatores e 26 questões do AQ-26B em aglomerados ou *clusters* teve por objetivo facilitar a interpretação e cruzamento de dados sobre o estigma, um conceito complexo e multifacetado. Duas tendências foram claramente identificadas: Grau I (**menor estigma**) e Grau II (**maior estigma**), distribuídos de forma quase uniforme entre os alunos. Quando se analisa cada fator, a partir dessas duas tendências, observa-se os extremos nos fatores Responsabilização (menores escores) e Coerção (maiores escores). Ou seja, independentemente de estarem em um grupo ou no outro, os alunos atribuíram pouca responsabilidade (*controllability*) ao portador de esquizofrenia pela sua doença, mas ao mesmo tempo, percebem nele uma necessidade inequívoca para o tratamento. Essa combinação de posturas, segundo a teoria de atribuição dos sintomas desenvolvida por Corrigan et al. (2003) pode gerar atitudes positivas (com menos ênfase ao modelo moral e a identificação da necessidade do tratamento), mas pode também revelar uma atitude negativa (forçar o paciente a se tratar a partir de condutas autoritárias). No estudo em questão, a Tabela 9 aponta que o elemento potencialmente coercitivo do tratamento aparece, de forma significativamente maior, no sétimo período, após a passagem dos alunos pelo AMP, enquanto que o menor, após a SMC. Enquanto que na primeira o foco recai sobre a rotulação diagnóstica, a compreensão de mecanismos fisiopatológicos e de tratamento, na segunda, o enfoque é na pessoa e suas potencialidades. Esses dados reforçam a tese de Schomerus et al. (2012) de que muita ênfase no enfoque biomédico da doença mental pode piorar certas atitudes relacionadas aos portadores de transtornos mentais.

Quando comparadas ao grau de estigma, as variáveis fatores sócio demográficos, fatores acadêmicos e história de vida não estabeleceram qualquer relação estatisticamente significativa, com exceção do interesse dos alunos em escolher psiquiatria como área de especialidade médica. Trata-se de um achado compatível com a premissa de que alunos de medicina com menos estigma em relação às doenças mentais e à psiquiatria, estão mais propensos a escolher essa especialidade no futuro. Com exceção do último, esses achados não seguiram a tendência da literatura internacional, que identificaram mulheres (PINGANI et al., 2016; BROWN, 2008)

e contato prévio com portadores de transtornos mentais (SOUSA et al., 2012; THORNICROFT et al., 2008; CORRIGAN et al., 2003) como fatores que contribuem para um menor estigma.

A identificação do grau de estigma por período permitiu uma maior compreensão da influência do currículo na definição do grau de estigma dos alunos ao longo do curso. Os períodos com menor grau de estigma (quinto e sexto) foram os que haviam passado pela mudança curricular instituída no segundo período do curso (SMC). O outro extremo era composto por alunos do primeiro período e sexto ano, que não haviam sofrido ainda influência das mudanças curriculares e do 5º ano/2º semestre, que haviam passado pelo AMP há pelo menos um ano. O grupo intermediário era formado pelos calouros, que reproduziam uma atitude mais próxima da comunidade, e dos alunos que já haviam passado pelo AMP, 7º período e 5º ano/1º semestre.

Esses achados sugerem que houve um efeito muito positivo da estratégia educativa SMC na redução de estigma dos alunos do curso, resultado esse que influenciou a Fase 2 do estudo. Aparentemente, o efeito positivo nesse grupo de alunos se manteve até o momento da aplicação do questionário, ou seja, por pelo menos dois anos para os alunos do 5º período e um ano e meio para os de 6º período. Uma mudança de atitude positiva e duradoura por parte de alunos de medicina, após a passagem por estratégias curriculares de psiquiatria, não havia sido identificada em nenhum estudo prévio, segundo a revisão da literatura (Quadro 2). Os alunos que já haviam passado pela estratégia do AMP situaram-se no grupo intermediário ou no de maior expressão de estigma. Os piores resultados foram encontrados nos alunos que não haviam se submetido às novas estratégias curriculares (1º período e 6º ano), o que já era de se esperar, ou que haviam passado pelo AMP há pelo menos um ano. Parece que houve um efeito nulo ou menor do AMP na mudança de atitudes dos alunos, especialmente quando comparada ao efeito causado pela SMC. Talvez isso se justifique pelo grande impacto já causado à essa população pela SMC e, ainda, pela curta exposição dos estudantes ao AMP determinada pelo currículo. Vale lembrar que a duração da SMC é de um semestre e a do AMP é de apenas cinco semanas.

6.3 A eficácia das estratégias educacionais sobre o estigma dos alunos do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH

6.3.1 Considerações gerais

Segundo Minayo (2010) qualquer processo avaliativo pode ser dividido em dois enfoques básicos. O primeiro, de avaliação da **eficácia**, é conduzido a partir de uma abordagem **quantitativa** que visa a obter evidências de associações entre variáveis independentes

(intervenção, exposição) e dependentes (resposta e desfecho). O segundo, de avaliação do **processo**, implica na análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto.

Nessa tese, o foco da avaliação limitou-se ao estudo da **eficácia** das estratégias educacionais na redução do estigma, variável de desfecho considerada nesse estudo.

É importante lembrar que promover a redução do estigma dos alunos frente a portadores de transtornos mentais era desejável nas três estratégias educacionais propostas, embora esse enfoque estivesse claro apenas no perfil de atividades propostas pela SMC. Com a exceção da SMC, não haviam atividades elaboradas exclusivamente com esse fim, embora se espera-se que uma mudança atitudinal dos alunos fosse obtida, a partir do conjunto de atividades educacionais oferecidas ao longo de todo o currículo. Essa também foi a tônica de 13, dos 18 estudos de redução do estigma conduzidos em escolas médicas, presentes na revisão bibliográfica (Quadro 2). Ou seja, a maioria dos estudos não tinha como objetivo explícito, a redução do estigma dos seus alunos, embora essa tenha sido um objetivo desejável.

Também é importante considerar que, nessa tese, não se procurou pesquisar a eficácia de um procedimento específico para a redução de estigma, mas sim de três estratégias de ensino diferentes que incluíram várias atividades educacionais envolvidas, de natureza prática e teórica, que se constituíram unidades de avaliação, no original *unit of evaluation*, como define bem Kogan e Shea (2007). Essa opção metodológica permitiu a avaliação das estratégias curriculares da forma como elas ocorreram *na vida real*, portanto mais próxima da realidade de um procedimento educacional e não somente de um experimento científico. Além disso, deve se considerar que os alunos foram convidados para dar opiniões sobre uma situação hipotética relacionada a um portador de transtorno mental e não opinar sobre as qualidades das estratégias educacionais oferecidas. Trata-se de uma forma válida de avaliação do sucesso curricular, como observaram bem Kogan e Shea (2007). Como o foco da avaliação foi a mudança de autopercepção de atitude e não a aquisição de conhecimentos ou habilidades, a avaliação não foi pautada por estratégias de avaliação de retenção e observação de habilidades adquiridas, mas de um instrumento adequadamente validado para a população estudada e capaz de avaliar autopercepção de mudanças atitudinais, como propôs Hutchinson (1999). Embora não se possa garantir que o comportamento do futuro profissional seja inteiramente alterado pelas experiências curriculares, é possível utilizar as avaliações atitudinais como indicadores do Projeto Pedagógico do Curso e, por meio dos processos avaliativos, repensar as estratégias educacionais de acordo com as novas necessidades de formação profissional.

É conhecido que a atitude exerce influência sobre o comportamento e, possivelmente, sobre o cuidado prestado pelos profissionais médicos (WOLOSCHUCK; HARASYM; TEMPLE, 2004). A avaliação atitudinal em educação médica é de extrema relevância já que o perfil profissional do médico exige, além da aquisição adequada de conhecimentos e habilidades clínicas, o desenvolvimento de atitudes positivas e condutas éticas contextualizadas. Mas qual tem sido a eficácia das escolas médicas em propiciar a aquisição de atitudes positivas por parte dos seus alunos? Aparentemente há uma limitação das instituições de ensino em promoverem mudanças atitudinais em seus alunos, como apontaram vários autores (REZLER, 1974; WOLF et al., 1989; WOLOSCHUCK; HARASYM; TEMPLE, 2004; HOJAT et al., 2009), que a partir de revisão da literatura e estudos empíricos chegaram a algumas conclusões comuns, quais sejam:

1. no início da formação médica, os alunos apresentam entusiasmo, idealismo e genuína intenção de ajudar;
2. na medida em que avançam no curso médico, especialmente quando iniciam as atividades clínicas, há uma clara erosão da empatia e das atitudes relacionadas aos aspectos mais humanistas da prática médica além de crescente aumento de atitudes cínicas em relação aos pacientes e à profissão;
3. esse cinismo e atitudes mais negativas relacionadas à profissão estão relacionados a diversos fatores: a crescente incorporação da tecnologia no atendimento médico, grande volume de informações para absorver e tempo limitado para a aprendizagem, às dificuldades emocionais impostas pela formação médica (morte, sofrimento e impotência), às dificuldades de trabalho observadas pelo sistema de saúde, aos ambientes de aprendizagem autoritários e fortemente hierarquizados, e ao currículo oculto a partir da forte influência dos pares (pressão do grupo) e do modelo de atuação médica exercida pelos professores (*role model*);
4. as mulheres, em comparação com os alunos homens, apresentam atitudes mais positivas relacionadas às múltiplas áreas da atividade médica: empatia, comunicação médico-paciente e percepção da necessidade do cuidado em saúde;
5. alunos direcionados para especialidades mais clínicas e com menos componentes tecnológicos (medicina de família, clínica médica, pediatria, ginecologia – obstetrícia, urgência médica, psiquiatria) apresentam maior tendência à empatia e valorização dos aspectos humanísticos quando comparados com alunos mais focados em outras especialidades (anestesiologia, patologia, radiologia, cirurgia, ortopedia);

6. Não está claro se um perfil de atitudes mais negativas ao final do curso conduz necessariamente a uma piora da *performance* clínica dos futuros médicos, o que tornam estudos longitudinais com residentes e profissionais em atuação de grande relevância.

É importante considerar esses aspectos quando na interpretação dos achados obtidos por cada uma das estratégias educacionais analisadas a seguir.

6.3.2 *Saúde Mental Comunitária (SMC)*

Essa estratégia educacional mostrou ter sido a mais eficaz na alteração atitudinal dos alunos relacionada ao estigma ($p = 0,004$). Além disso, apresentou um efeito duradouro, pelo menos de dois anos, “*contaminando*” o resultado encontrado na estratégia educacional seguinte - AMP. Vários foram os fatores que podem ter contribuído com o sucesso da SMC. Esquemáticamente, essa análise pode ser dividida em dois componentes:

- Fase do currículo/características dos alunos – como discutido acima, o início do curso médico é marcado por atitudes de maior altruísmo, idealismo e empatia entre os alunos o que pode ter contribuído para uma maior receptividade das atividades curriculares de saúde mental, bem como de uma atitude mais positiva em relação aos pacientes portadores de transtornos mentais. Mesmo assim, a utilidade da oferta da SMC mostrou-se evidente, já que antes da passagem dos alunos por ela predominava o maior grau de estigma (60% de grau II). O impacto da SMC foi tão significativo, que após o estágio, os alunos reverteram esse resultado, com o predomínio nítido do menor grau de estigma (60% de grau I).
- Características da estratégia curricular – as atividades propostas estavam diretamente relacionadas à redução do estigma, já que discutiam questões ligadas à convivência com as diferenças, inclusão social, normalidade/anormalidade, políticas assistências de saúde de foco comunitário. Além disso, os alunos foram estimulados a interagir com os pacientes como pessoas e não como entidades nosológicas. Essas interações foram conduzidas em um ambiente aberto, não hospitalar, pouco controlado, onde os pacientes executavam atividades de oficina e autocuidado com um grau de autonomia importante, o que permitiu uma visão mais otimista dos transtornos mentais graves e dos recursos de reabilitação social existentes. Esses achados estão de acordo com boa parte da literatura revisada, inclusive no nosso meio (LYONS, 2014; LYONS, 2013; ROCHA NETO et al., 2016). A carga horária do curso também pode ter influenciado o resultado. Houve

um predomínio das atividades práticas, de contato direto com os portadores de transtornos mentais e dispositivos da rede assistencial (32 horas) e detrimento dos grupos de discussão teórica (16 horas). É sabido que a convivência com o doente mental pode contribuir positivamente para a redução do estigma (ANGERMEYER; MASTSCHINGER; CORRIGAN, 2004; PENN; COUTURE, 2002).

Um detalhamento do perfil de mudanças atitudinais pode ser realizado a partir da análise dos fatores do AQ-26B. A passagem por essa estratégia educacional gerou uma redução significativa dos fatores Medo, Segregação Afastamento e Coerção. Os três primeiros apresentam uma relação direta com a teoria de atribuição dos sintomas. Trata-se do preconceito de que portadores de transtornos mentais são perigosos, o que gera uma reação de medo, justificando a não convivência e possíveis condutas discriminatórias. Portanto, uma mudança desses fatores, pode gerar uma mudança de comportamento significativo por parte desses futuros profissionais da medicina, gerando um impacto na assistência e na cultura como um todo, já que os médicos exercem uma influência importante sobre a opinião pública. Como na SMC não houve qualquer preocupação em diagnosticar e tratar os pacientes, é provável que isso tenha influenciado na redução do fator Coerção entre a Fase um e a Fase dois do estudo. Esse fator está ligado a ideia de que o tratamento deve ser imposto ao paciente, o que pode dar margem a condutas autoritárias por parte de familiares e profissionais de saúde, como apontou o estudo português com famílias de pacientes esquizofrênicos (SOUSA et al., 2012). Os alunos, por sua vez, apresentaram uma diminuição do estigma relacionado a esse fator, o que pode contribuir eticamente para que suas condutas terapêuticas, em relação aos portadores de transtornos mentais, sejam mais negociadas e menos impostas.

6.3.3 Apoio Matricial em Psiquiatria (AMP)

Essa estratégia educacional mostrou ter sido a menos eficaz na alteração atitudinal dos alunos relacionada ao estigma. Na verdade, os alunos partiram de um patamar anterior com predomínio de baixo grau de estigma (77,1% de grau I) para uma discreta redução desse patamar (72,9% de grau I). Essa diferença, embora não tenha sido estatisticamente significativa ($p = 0,754$), deve ser considerada para fins de aprimoramento curricular. É importante lembrar que o baixo grau de estigma dos alunos antes da passagem deles pelo AMP, fruto da influência positiva da SMC, naturalmente diminuiu a possibilidade de mudanças, já que para que isso ocorresse, seria necessário produzir um impacto ainda maior que a estratégia educacional anterior.

Considerando a análise em dois componentes, observa-se:

- Fase do currículo/características dos alunos – no sétimo período os alunos já haviam concluído a metade do currículo médico. De acordo com a literatura, costumam apresentar atitudes de menor idealismo e empatia, com aumento da chamada *postura clínica* (HOJAT et al., 2009). Apesar disso, os alunos apresentaram uma atitude predominantemente positiva em relação aos pacientes portadores de transtornos mentais, mesmo antes do início do AMP. Esse achado pode ter significado um ganho importante da inserção da SMC no currículo do curso de medicina da UNIFENAS-BH, contribuindo para uma postura mais positiva dos alunos nessa fase do curso.
- Características da estratégia curricular – o enfoque do Bloco de Neuropsiquiatria, quando ocorre a AMP, é bastante centrado nos aspectos biomédicos dos transtornos mentais: diagnóstico, psicopatologia, exame do estado mental e história psiquiátrica. Além disso, nesse Bloco há um conteúdo importante de neurologia oferecido concomitantemente. A carga horária é predominantemente teórica, 50 horas, enquanto que apenas 20 são dedicadas ao contato direto com serviços de saúde e pacientes. Como já apontado pela literatura, um maior conhecimento dos transtornos mentais não parece estar relacionado a um menor estigma, embora haja maior aceitação da necessidade de tratamento (SCHOMERUS et al., 2012). Esses autores também observaram que em relação à esquizofrenia, informações biomédicas podem até mesmo diminuir o otimismo em relação ao tratamento e gerar atitudes negativas em relação aos portadores dessa patologia. Essa associação foi confirmada pelo achado dessa tese, na medida em que os alunos que passaram pelo AMP apresentaram um aumento significativo do fator Coerção, evento oposto ao observado nos alunos oriundos da SMC. É possível que a discreta queda do menor grau de estigma desse grupo de alunos, seja devido às razões justificadas acima, em virtude do perfil das atividades do Bloco, mais voltadas para os aspectos biomédicos dos TM. Esse achado sugere a necessidade de revisão do enfoque dado aos transtornos mentais e da relação dos conteúdos de psiquiatria com os conteúdos de neurologia presentes no Bloco.

6.3.4 *Internato de Urgências em Saúde Mental (IUSM)*

Embora essa estratégia educacional não tenha demonstrado mudança estatisticamente significativa ao nível de 5%, de uma fase para a outra na redução do grau de estigma ($p = 0,064$), uma tendência positiva se mostrou evidente. Antes do IUSM o menor grau de estigma (grau I) estava relacionado a menos da metade dos alunos, 44,8%. Após a passagem pela estratégia educacional, esse número subiu para 62,1%. Essa diferença, embora não tenha sido estatisticamente significativa, pode ser relevante em termos educacionais.

Considerando a análise em dois componentes, observa-se:

- Fase do currículo/características dos alunos - como já descrito anteriormente, no último ano do curso os alunos geralmente apresentam - se com uma clara erosão da empatia e das atitudes relacionadas aos aspectos mais humanistas da prática médica (HOJAT et al., 2009), além de uma piora atitudinal em relação à psiquiatria (LYONS, 2014 e 2013). Antes da passagem pelo IUSM os alunos mais antigos, além dos que haviam cursado apenas o primeiro período, eram aqueles que apresentavam maior grau de estigma (Gráfico 4). Após a passagem por essa estratégia curricular, os alunos passaram a apresentar uma atitude predominantemente positiva em relação ao estigma. Esse achado reforça utilidade da introdução de uma atividade de psiquiatria que procure resgatar alguns princípios humanísticos da profissão médica no final do curso. O último contato com a saúde mental havia sido há pelo menos um ano e meio atrás no AMP. Essas duas experiências curriculares vivenciadas no sétimo período, parecem não ter gerado um efeito duradouro no tempo o que justifica ainda mais a introdução do IUSM.
- Características da estratégia curricular – o enfoque do IUSM é o da abordagem de pacientes em franca crise psíquica, em um ambiente comunitário, e cuja organização do trabalho clínico promove grande interação da equipe de saúde com os pacientes. O contexto de urgência/emergência em psiquiatria foi identificado como menos propício ao desenvolvimento de atitudes positivas dos alunos em relação à psiquiatria (LYONS, 2014). No entanto, dados qualitativos colhidos previamente (PEREIRA; ANDRADE, 2014), além dos resultados desse estudo quantitativo e de uma experiência nacional (PAULIN; POÇAS, 2009) apontaram para uma tendência oposta no nosso meio, que parece estar relacionada ao tipo de serviço onde essa atividade ocorre. A intensa convivência com os pacientes, dentro de um contexto mais aberto e menos controlado do que o hospital psiquiátrico, além

de uma abordagem multidisciplinar dos casos, menos biomédica e mais psicossocial, pode ter gerado um *role model* mais adequado para o desenvolvimento de atitudes menos estigmatizantes, mais otimistas por parte dos alunos. Quando se verificam os fatores da escala AQ-26B, observa-se que o perfil de mudanças do IUSM foi muito semelhante à SMC, apesar de ocorrerem em contextos de prática aparentemente muito distintos. A passagem por essa última estratégia educacional de saúde mental também gerou, nos alunos, uma redução significativa dos fatores Medo, Segregação e Afastamento. Aliás, o IUSM foi a estratégia que gerou maior impacto na redução do Medo, elemento crucial na avaliação do estigma, segundo vários autores (CORRIGAN et al., 2004; SADOW, RYDER, 2008; PHELAN et al., 2000; HOLMES et al., 1999).

É possível que a redução expressiva do Medo e de outros fatores também observados na SMC esteja relacionada com o perfil de pacientes que frequentavam os CAPS e os Centros de Convivência, a grande maioria com diagnóstico de quadros psicóticos. Além disso, o IUSM é o que apresenta maior tempo de carga horária de atividades práticas, permitindo um contato próximo e intenso com os pacientes, 100 horas, contra 20 de atividades teóricas.

É importante observar que o combinado das estratégias curriculares, gerou um perfil de mudanças atitudinais bastante positiva quando se considera todos os alunos estudados ($n = 156$). Nesse caso, a redução de estigma é estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (Tabela 8 e Gráfico 8). Esse é o efeito acumulativo esperado com a oferta longitudinal das estratégias educacionais, que poderá ser confirmado futuramente a partir do *follow up* dos calouros e alunos de primeiro período que participaram desse estudo.

7 CONCLUSÕES

A versão brasileira do questionário para avaliação de estigma relacionado ao portador de transtorno mental – AQ-26B demonstrou validade e confiabilidade interna adequados além de fácil aplicação, o que poderá viabilizar seu uso nas escolas médicas brasileiras.

Os fatores Segregação, Afastamento, Medo e Coerção se mostraram os mais importantes na avaliação da atitude do estigma dirigida aos portadores de doença mental, na amostra estudada.

A estratégia educacional curricular de Saúde Mental na Comunidade (**SMC**), ofertada no início do curso, mostrou-se a mais eficaz em reduzir o estigma dos estudantes de medicina em relação ao portador de transtorno mental, inclusive com efeito longitudinal no currículo. Os fatores Segregação, Afastamento, Medo e, principalmente Coerção, foram diminuídos significativamente após passagem por essa estratégia educacional.

Quando os fatores foram analisados isoladamente observou-se que Segregação, Afastamento e, principalmente o Medo, apresentaram diminuição significativa após a passagem dos alunos pelo Internato de Urgências em Saúde Mental (**IUSM**).

O Apoio Matricial em Psiquiatria (**AMP**) não exerceu influência positiva ou negativa na mudança atitudinal dos alunos, com exceção do fator Coerção, que apresentou aumento após a passagem dos alunos por essa estratégia educacional.

8 REFLEXÕES EDUCACIONAIS

A **SMC** apresentou os melhores resultados, inclusive demonstrando efeito longitudinal no currículo, achado esse original em relação a outros estudos semelhantes. O início do curso médico parece ser um momento oportuno para oferta de estratégias educacionais com ênfase na redução de estigma relacionado aos portadores de transtornos mentais. O perfil das atividades desenvolvidas, que eram centradas na pessoa e nas políticas de integração social, parece ter contribuído com o resultado positivo observado.

O **IUSM** também apresentou um impacto educacional positivo na redução do estigma, especialmente em se tratando de serviço de urgência psiquiátrica, achado também original no contexto dos estudos internacionais. O reforço de estratégias educacionais de perfil humanístico no final do currículo médico sugere modificar positivamente a atitude de alunos nessa fase da formação médica.

O **AMP**, embora não tenha apresentado melhora dos escores, também não apresentou piora estatisticamente significativa. Pelo menos em parte, esse resultado pode ser atribuído ao efeito prévio provocado pela passagem dos alunos na **SMC**, quando estavam no segundo período, além da menor carga horária de convívio com os pacientes. O enfoque biomédico do Bloco, também pode ter exercido alguma influência nesse resultado, o que deve ser verificado futuramente.

Os resultados apontam que a redução do estigma entre alunos de medicina exige uma organização curricular longitudinal, com a inclusão de estratégias educacionais que promovam o convívio direto dos alunos com os portadores de transtorno mental e em serviços de atenção à saúde que defendam um modelo de inclusão social e assistencial à saúde, ou seja, situados em uma Rede de Atenção Comunitária à Saúde Mental, nesse caso, representada pelos serviços de saúde de Belo Horizonte.

A experiência mostrou ser possível a construção de uma proposta curricular de forma coletiva e sustentável, com ênfase no enfoque ensino – serviço, ampliando as oportunidades de aprendizagem de alunos, profissionais de saúde e professores não especialistas no campo da saúde mental. O desenho curricular proposto e executado pelo Curso de Medicina da UNIFENAS-BH poderá ser utilizado de parâmetro para outras escolas médicas que queiram implementar proposta semelhante, além de subsidiar a discussão das mudanças curriculares recentemente sugeridas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para as profissões da saúde no campo da saúde mental/psiquiatria.

Por fim, a redução do estigma relacionada às doenças mentais promovida junto aos alunos de medicina, poderá gerar maior interesse dos alunos pela saúde mental/psiquiatria contribuindo para uma melhor assistência à saúde e inclusão social dos portadores de transtornos mentais no país.

9 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS DA TESE

9.1 Apresentação de trabalho

- AMEE Conference - Barcelona, 2016 (ANEXO H) - Poster: “*Does a mental health education program change medical students’ attitudes towards people with mental illness?*”
- The Network Towards Unity for Health Annual Conference - Fortaleza, 2014 (ANEXO I) - Poster: “*Students go crazy about mental health*”

9.2 Publicações

Revista Medical Education (ANEXO J) - “*Changing medical students’ attitudes about mental health*”.

9.3 Artigo submetido para publicação

Revista Cadernos de Saúde Pública (ANEXO K) - “Adaptação Transcultural e Análise Fatorial Exploratória da Versão Brasileira do Attribution Questionnaire - AQ-26B que avalia o estigma relacionado às doenças mentais”.

10 PERSPECTIVAS

Com o intuito de promover uma avaliação mais aprofundada e menos simplista do impacto das estratégias educacionais estudadas, uma pesquisa de cunho qualitativo, de avaliação **processual**, deverá ser conduzida futuramente, de acordo com as referências metodológicas propostas por Ringsted, Hodges e Scherpbier (2011). Isso permitirá compreender melhor as razões dos resultados encontrados, o que poderá facilitar as correções de rumo necessárias ao aprimoramento desse currículo inovador em saúde mental.

Outra intenção do pesquisador é a de continuar com o *follow up* dos calouros e primeiranistas estudados para que se possa ter uma avaliação global do currículo quanto ao seu efeito sobre o estigma, à semelhança do estudo conduzido por Mino et al. (2000). Por fim, uma linha de pesquisa ainda mais ambiciosa e original, poderia estudar os egressos que passaram pelo currículo novo com o intuito de se verificar o real impacto da formação básica em relação à prática assistencial, considerando: atitudes, habilidades e conhecimentos adquiridos ao longo da graduação médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKER, S. et al. The attitude of medical students to psychiatric patients and their disorders and the influence of psychiatric study placements in bringing about changes in attitude. **The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, v. 44, n. 3, p. 204-212, 2007.
- ALTINDAG, A. et al. Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 60, n. 3, p. 283-288, Jun. 2006.
- ANGERMEYER, M. C.; MASTSCHINGER, H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental health. **Acta psychiatrica Scandinavica**, v. 108, n. 4, p. 304-309, 2003.
- ANGERMEYER, M. C.; MASTSCHINGER, H.; CORRIGAN, P. 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**, v. 69, p. 175-182, 2004.
- ARVANITI, A. et al. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, v. 44, n. 8, p. 658-665, 2008.
- AUGOUSTINOS, M.; AHRENS, C.; INNES, J. M. Stereotypes and prejudice: the Australian experience. **British Journal of Social Psychology**, v. 33, n. 1, p. 125-141, 1994.
- AVANCI, R.; MALAGUTI, S.; PEDRÃO, L. Autoritarismo e benevolência frente à saúde mental: estudo com alunos ingressantes no Curso de Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 509-515, 2002.
- BARRANTES, F. J. **O estigma na esquizofrenia: atitude dos profissionais da saúde mental**. Tese (Reabilitação Psicossocial - Perturbação Mental) - Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2010.
- BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. Aspectos conceituais e metodológicos das relações entre discriminação e saúde em estudos epidemiológicos. In: MONTEIRO, S; VILLELA, W. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 207p. p. 115-134.
- BECKER, H. **Outsiders: studies in sociology of deviance**. New York: Free Press, 1963.
- BHARATHY, A.; FOO, P.-L.; RUSSELL, V. Changing undergraduate attitudes to mental illness. **The Clinical Teacher**, v. 13, n. 1, p. 58-62, Jun. 2016.
- BOLLELA, V. R. et al. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Medicina**, v. 47, n. 3, p. 293-300, 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, 9 nov. 2001a, Seção 1, p. 38.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em

Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n. 117, de 23 jun. 2014, Seção 1, p. 08-11.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 13 jun. 2013, Seção I, p. 59.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 09 abr. 2001b, p. 2.

BROHAN, E. et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. **BMC health services research**, v. 10, n. 1, p. 80, Mar. 2010.

BROWN, S. A. Factors and measurement of mental illness stigma: a psychometric examination of the Attribution Questionnaire. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 32, n. 2, p. 89-94, 2008.

COHEN, J.; STRUENING, E. L. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. **The Journal of Abnormal and Social Psychology**, v. 64, n. 5, p. 349-360, May 1962.

COLARES, M. F. A. et al. Construção de um instrumento para avaliação das atitudes de estudantes de Medicina frente a aspectos relevantes da prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 3, p. 194-203, set./dez. 2002.

CORRIGAN, P. et al. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. **Journal of Health and Social Behaviour**, v. 44, n. 2, p. 162-179, Jun. 2003.

CORRIGAN, P. et al. How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. **Psychiatric Services**, v. 56, n. 5, p. 544- 550, 2005.

CORRIGAN, P. et al. Implications of Educating the Public on Mental Illness, Violence, and Stigma. **Psychiatric Services**, v. 55, n. 5, p. 577-580, May 2004.

CORRIGAN, P. et al. **Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation**: an empirical approach. New York: The Guilford Press, 2008.

CORRIGAN, P. W. et al. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. **Psychiatric Services**, v. 63, n. 10, p. 963-973, Oct. 2012. CORRIGAN, P. W. et al. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 7, n. 1, p. 48-67, Mar. 2000.

CORRIGAN, P. W. et al. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. **Schizophrenia Bulletin**, v. 27, n. 2, p. 219-225, 2001.

CRISP, A. H. et al. Stigmatisation of people with mental illnesses. **British Journal of Psychiatry**, v. 177, n. 1, p. 4-7. Jul. 2000.

ELIADE, M. **Aspectos do Mito**. Lisboa: Edições 70, 2000.

FABREGA JUNIOR, H. Does a clerkship affect students' views of psychiatric patients? **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 183, n. 12, p. 736-742, Dec. 1995

FERNANDES, R. L. et al. Psychiatry career in Brazil: regional disparities, differences and similarities in an international context. **International Review of Psychiatry**, v. 25, n. 4, p. 486-492, Aug. 2013.

FRENK, J. et al. Health professional for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, Dec. 2010.

FRIEDRICH, B. et al. Anti-stigma training for medical students: the Education Not Discrimination project. **The British Journal of Psychiatry**, v. 202, n. s55, p. s89-s94, Apr. 2013.

GIASUDDIN, N. A.; LEVAV, I.; GAL G. Mental health stigma and attitudes to psychiatry among Bangladeshi medical students. **International Journal Social Psychiatry**, v. 61, n. 2, p. 137-147, Mar. 2015.

GOFFMAN, E. **Stigma**: notes on the management of spoiled identity. New York: Touchstone, 1963.

GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; BOWER, P. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 623-632, 2014.

GREGÓRIO, G. et al. Setting priorities for mental health research in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 434-439, Dec. 2012.

GULATI, P.; DAS, S.; CHAVAN, B. S. Impact of psychiatry training on attitude of medical students toward mental illness and psychiatry. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 271-277, Jul.-Sep. 2014.

GUYATT, G.; WALTER, S.; NORMAN, G. Measuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. **Journal of Chronic Diseases**, v. 40, n. 2, p. 171-178, 1987.

HAIR JÚNIOR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 593p.

HARRIS, C.; BARRACLOUGH, B. Excess mortality of mental disorder. **British Journal of Psychiatry**, v. 173, n. 1, p. 11-53, 1998.

HEIDER, F. **The Psychology of interpersonal relations**. New York: Wiley, 1958.

HINSHAW, S. P.; STIER, A. Stigma as related to mental disorders. **The Annual Review of Clinical Psychology**, v. 4, n. 1, p. 367-393, 2008.

HOJAT, M. et al. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. **The American journal of psychiatry**, v. 159, n. 9, p. 1563-1569, Sep. 2002.

- HOJAT, M. et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, Sep. 2009.
- HOLMES, P. et al. Changing Attitudes about schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, v. 25, n. 3, p. 447-456, 1999.
- HUTCHINSON, L. Evaluating and researching the effectiveness of educational interventions. **British Medical Journal**, v. 318, n. 7193, p. 1267-1269, May 1999.
- JONES, S.; HOWARD, L.; THORNICROFT, G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 118, n. 3, p. 169-171, 2008.
- KASSAM, A. et al. A controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. **BMC Medical Education**, v. 11, n. 1, p. 51, Jul. 2011.
- KASSAM, A. et al. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 122, n. 2, p. 153-161, Aug. 2010.
- KERBY et al. Anti-stigma films and medical student's attitudes towards mental illness and psychiatry: randomised controlled trial. **Psychiatric Bulletin**, v. 32, n. 9, p. 345-349, Sep. 2008.
- KOGAN, J. R.; SHEA, J. A. Course evaluation in medical education. **Teaching and Teacher Education**, v. 23, n. 3, p. 251-264, Apr. 2007.
- KOPERA, M. et al. Evaluating explicit and implicit stigma of mental illness in mental health professionals and medical students. **Community Mental Health Journal**, v. 51, n. 5, p. 628-634, 2015.
- KORSZUN, A. et al. Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma? **Academic psychiatry**, v. 36, n. 3, p. 197-204, May 2012.
- KUHNINGK, O. et al. Influence of educational programs on attitudes of medical students towards psychiatry: Effects of psychiatric experience, gender, and personality dimensions. **Medical Teacher**, v. 31, n. 7, p. e303-310, Jul. 2009.
- LEVINSON, D. J.; HUFFMAN, P. E. Traditional family ideology and its relation to personality. **Journal of Personality**, v. 23, n.3, p. 251-273, 1955.
- LINK, B. G. et al. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. **American Journal of Sociology**, v. 92, n. 6, p. 1461-1500, May 1987.
- LINK, B. G. Measuring mental illness stigma. **Schizophrenia Bulletin**, v. 30, n. 3, p. 511-541, 2004.
- LLERENA, A.; CÁCERES, M. C.; PEÑAS-LLEDÓ, E. M. Schizophrenia stigma among medical and nursing undergraduates. **European psychiatry**, v. 17, n. 5, p. 298-299, Sep. 2002.

LOCH, A. A. et al. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 5, p. 173-177, 2011.

LYONS, Z. Attitudes of medical students toward psychiatry and psychiatry as a career: a systematic review. **Academic psychiatry**, v. 37, n. 3, p. 150-157, May 2013.

LYONS, Z. Impact of the psychiatry clerkship on medical student attitudes towards psychiatry and to psychiatry as a career. **Academic Psychiatry**, v. 38, n. 1, p. 35-42, Feb. 2014.

MARQUES, A.; BARBOSA, T.; QUEIRÓS, C. Stigma in mental health: perceptions of students who will be future health professionals. **European Psychiatry**, v. 26, Suppl. 1, p. 1439, 2011.

MARTINS, A. E. O. Atitudes frente ao doente mental: influências do tipo e do nível de treinamento universitário. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 3, n. 2, p. 92-103, 1987.

MARY KEANE, R. N. Contemporary beliefs about mental illness among medical students: implications for education and practice. **Academic Psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 172-177, Sep. 1990.

MASCAYANO, F. et al. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 1, p. 73-85, Mar. 2016.

MATEUS, M. D. et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 2, n. 1, p. 12, 2008.

MCPARLAND, M.; NOBLE, L. M.; LIVINGSTON, G. The effectiveness of problem-based learning compared to traditional teaching in undergraduate psychiatry. **Medical Education**, v. 38, n. 8, p. 859-867, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

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

MINO, Y. et al. Effects of medical education on attitudes towards mental illness among medical students: a five-year follow-up study. **Acta Medical Okayama**, v. 54, n. 3, p. 127-132, Jun. 2000.

MIRANDA, S. M. et al. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, Supl. 1, p. 104-110, 2009.

MORRISON, J. K.; BECKER, R. E. Seminar-induced change in a community psychiatric team's reported attitudes toward "mental illness". **Journal of Community Psychology**, v. 3, n. 3, p. 281-284, Jul. 1975.

MUKHERJEE, R. et al. The stigmatization of psychiatric illness: What attitudes do medical students and family physicians hold towards people with mental illness? **Psychiatric Bulletin**, v. 26, n. 1, p. 178-181, 2002.

NATHAN, R.; GIBBS, T. J.; WILSON, K. C. M. Problem-based psychiatry in a new undergraduate medical. **Psychiatric Bulletin**, v. 23, n. 1, p. 436-439, 1999.

NEUMANN, E.; OBLIERS, R.; ALBUS, C. Medical students' attitudes towards mental illness: a matter of studies or personality? **Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie**, v. 62, n. 2, p. 66-72, Feb. 2012. [Article in German]

NORDT, C.; RÖSSLER, W.; LAUBER, C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. **Schizophrenia Bulletin**, v. 32, n. 4, p. 709-714, 2006.

NUNES, S. O. V. et al. O ensino da psiquiatria na graduação de Medicina pelo Método de Aprendizagem Baseada em Problemas (P.B.L.). **Psiquiatria Biológica**, v. 10, n. 1, p. 23-26, 2002.

NUNES, S. O. V. et al. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 210-216, Jun. 2008.

O'CONNOR, K. et al. Attitudes towards patients with mental illness in Irish medical students. **Irish Journal of Medical Science**, v. 182, n. 4, p. 679-685, Dec. 2013.

PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 207p. p. 25-46.

PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 164-169, Jan. 2012.

PASQUALI, L. Atitude frente ao doente mental. **Revista de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 37-67, jan.-jun. 1987a.

PASQUALI, L. Atitude frente ao doente mental. **Revista de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 29-71, jul.-dez. 1987b.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 43, n. Esp., p. 992-9, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. esp., p. 99-107, 2007.

PAULIN, L. F. R. S.; POÇAS, R. C. G. A experiência da Universidade São Francisco com o internato médico de psiquiatria utilizando a metodologia da aprendizagem baseada em problemas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 1, p. 67-72, 2009.

PEDRÃO, L. et al. Atitudes frente à doença mental: estudo comparativo entre ingressantes e formandos em enfermagem. **Medicina**, v. 36, n. 1, p. 37-44, 2003.

- PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Community perception of mental disorders – a systematic review of Latin American and Caribbean studies. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 39, n. 12, p. 955-961, Dec. 2004.
- PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 2, p. 130-136, Jun. 2011.
- PENN, D. L.; COUTURE, S. M. Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. **World Psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 20-21, 2002.
- PENN, D. L.; MARTIN, J. The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. **The Psychiatric Quarterly**, v. 69, n. 3, p. 235-247, 1998.
- PEREIRA, A. A. Readequação dos temas de psicologia médica/saúde mental/psiquiatria no currículo do curso de medicina. Relatório de trabalho. UNIFENAS, 2009.
- PEREIRA, A. A.; ANDRADE, D. C. L. Medical Students go crazy about mental health. In: THE NETWORK: TOWARDS UNITY FOR HEALTH EDUCATIONAL MEETING, 31., 2014, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: TUFH, 2014
- PEREIRA, A. A.; DA COSTA, A. N.; MEGALE, R. F. Saúde mental para médicos que atuam na estratégia saúde da família: contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 269-279, 2012.
- PEREIRA, A. A.; HOLANDA, H. Changing medical student's attitudes about mental health. **Medical Education**, v. 47, n. 5, p. 513-535, 2013.
- PHELAN, J. et al. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? **Journal of Health and Social Behaviour**, v. 41, n. p. 188-207, 2000.
- PHELAN, J.; LINK, B.; DOVIDIO, J. Estigma e preconceito: um animal ou dois? In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 207p. p. 183-203.
- PINGANI, L. et al. Stigma and discrimination toward mental illness: translation and validation of the Italian version of the Attribution Questionnaire-27 (AQ-27-I). **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 47, n. 6, p. 993-999, Jun. 2011.
- PINGANI, L. et al. Stigma in the context of schools: analysis of the phenomenon of stigma in a population of university students. **BMC Psychiatry**, v. 6, p. 29, Feb. 2016.
- POREDDI, V., THIMMAIAH, R., MATH, S. B. Attitudes toward people with mental illness among medical students. **Journal of Neurosciences in Rural Practice**, v. 6, n. 3, p. 349-354, Jul-Sep. 2015.
- REDDY, J. P. et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. **Annals of the Academy of Medicine**, v. 34, n. 8, p. 505-510, Sep. 2005.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.

REZLER, A. G. Attitude changes during medical school: a review of the literature. **Journal of Medical Education**, v. 49, n. 11, p. 1023-1030, Nov. 1974.

RINGSTED, C.; HODGES, B.; SCHERPBIER, A. 'The research compass': an introduction to research in medical education: AMEE Guide no. 56. **Medical Teacher**, v. 33, n. 9, p. 695-709, 2011.

ROBERTS, L. M.; WISKIN, C.; ROALFE, A. Effects of exposure to mental illness in role-play on undergraduate student attitudes. **Family Medicine**, v. 40, n. 7, p. 477-483, Jul.-Aug. 2008.

ROCHA NETO, H. G. et al. Attitudes of Brazilian medical students towards psychiatric patients and mental illness: a quantitative study before and after completing the psychiatric clerkship. **Academic Psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 1-5, Feb. 2016.

RODRIGUES, C. R. C. **Atitudes frente a doença mental**: estudo transversal de uma amostra de profissionais de saúde. 1983. 148 p. Tese [Doutorado] - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 1983.

RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P. W. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. **European Psychiatry**, v. 20, n. 8, p. 529-539, Dec. 2005.

SADOW, D., RYDER, M. Reducing stigmatization attitudes held by future health professionals: the person is the message. **Psychological Services**, v. 5, n. 4, p. 362-372, 2008.

SCHENNER, M.; KOHLBAUER, D.; GÜNTHER, V. [Communicate instead of stigmatizing – does social contact with a depressed person change attitudes of medical students towards psychiatric disorders? A study of attitudes of medical students to psychiatric patients]. **Neuropsychiatrie**, v. 25, n. 4, p. 199-207, 2011. [Article in German]

SCHOMERUS, G. et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 125, n. 6, p. 440-452, Jun. 2012.

SCHULZE, B. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. **International Review of Psychiatry**, v. 19, n. 2, p. 137-155, 2007.

SCHWELLER, M. et al. The impact of simulated medical consultations on the empathy levels of students at one medical school. **Academic Medicine**, v. 89, n. 4, p. 632-637, Apr. 2014.

SINGH, S. P. et al. Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. **Medical Education**, v. 32, n. 2, p. 115-120, Mar. 1998.

SOARES, M. H.; RUZZON, E. D.; BORTOLETTO, M. S. S. Concepção de profissionais de saúde que atuam em emergência de saúde mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, maio-ago., v. 10, n. 2, p. 85-92, 2014.

SOUSA, S. et al. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 34, n. 4, p. 186-197, 2012.

TANAKA, G. Development of the mental illness and disorder understanding scale. **International Journal of Japanese Sociology**, v. 12, n. 1, p. 95-107, Nov. 2003.

TAYLOR, D. C. M.; HAMDY, H. Adult learning theories: implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. **Medical Teacher**, v. 35, n. 11, p. e1561-e1572, Nov. 2013.

TAYLOR, S. M.; DEAR, M. J. Scaling community attitudes toward the mentally ill. **Schizophrenia Bulletin**, v. 7, n. 2, p. 225-240, 1981.

THORNICROFT, G. et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. **Lancet**, v. 387, n. 10023, p. 1123-1132, Mar. 2016.

THORNICROFT, G. et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. **Lancet**, v. 373, n. 9661, p. 408-415, Jan. 2009.

THORNICROFT, G. et al. Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 2, n. 1, p. 3, 2008.

THORNICROFT, G. Tackling discrimination. **Mental Health Today**, p. 26-9, 2006.

THORNICROFT, G.; ROSE, D.; KASSAM, A. Discrimination in health care against people with mental illness. **International Review of Psychiatry**, v. 19, n. 2, p. 113-122, 2007.

VAN DIEST, R. et al. Growth of knowledge in psychiatry and behavioural sciences in a problem-based learning curriculum. **Medical Education**, v. 38, n. 12, p. 1295-1301, Dec. 2004.

VAN MERRIËNBOER, J. J.; SWELLER, J. Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies. **Medical Education**, v. 44, n. 1, p. 85-93, Jan. 2010.

VIBHA, P.; SADDICHHA, S.; KUMAR, R. Attitudes of ward attendants towards mental illness: comparisons and predictors. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 469-479, 2008.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN R. Estimating the true global burden of mental illness. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 171-178, Feb. 2016

VILLANO, L. A. B. et al. Results from the Rio de Janeiro Centre. In: ÜSTÜN, T. B.; SARTORIUS, N. (Eds.). **Mental illness in general health care: an international study**. Chichester, England: John Wiley & Sons, 1995. p. 227-245.

WALTON, H.; GELDER, M. Core curriculum in psychiatry for medical students. **Medical Education**, v. 33, n. 3, p. 204-211, Mar. 1999.

WEINER, B. A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgments of help-giving. **Journal of Personality & Social Psychology**, v. 39, n. 2, p. 186-200, 1980.

WEINER, B.; PERRY, R.; MAGNUSSON, J. An attributional analysis of reactions to stigmas. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 55, p. 738-748, 1988.

WILD, D. et al. Multinational trials-recommendations on the translations required, approaches to using the same language in different countries, and the approaches to support pooling the data: the ISPOR Patient-Reported Outcomes Translation and Linguistic Validation Good Research Practices Task Force report. **Value Health**, v. 12, n. 4, p. 430-440, Jun. 2009.

WOLF, T. M. et al. A retrospective study of attitude change during medical education. **Medical Education**, v. 23, n. 1, p. 19-23, Jan. 1989.

WOLOSCHUK, W.; HARASYM, P. H.; TEMPLE, W. Attitude change during medical school: a cohort study. **Medical Education**, v. 38, n. 5, p. 522-534, May 2004.

GLOSSÁRIO DAS MEDIDAS DE ADEQUACIDADE DA ANÁLISE FATORIAL

KMO → Medida de Adequacidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) é calculada tanto para toda a matriz de correlação quanto para cada variável individual e que permite avaliar a quão adequada é a aplicação da análise fatorial. Para toda a matriz valores acima de 0,60 é recomendável, sendo aceita também para valores acima de 0,50;

Teste de Esfericidade de Bartlett → Teste estatístico da significância geral de todas as correlações em uma matriz de correlação, ou seja, avaliação da interdependência entre as questões utilizadas numa análise fatorial;

MSA individual → Medida de Adequacidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) é calculada tanto para toda a matriz de correlação quanto para cada variável individual e que permite avaliar o quão adequada é a aplicação da análise fatorial. Para cada variável individual valores acima de 0,50 é recomendável para considerar como adequada uma variável na análise fatorial;

Alfa de Cronbach → Medida de confiabilidade da consistência interna avalia a consistência entre as variáveis de uma escala múltipla. Esse índice varia de 0 a 1, sendo que valores acima de 0,50 são considerados como satisfatórios. A consistência interna verifica o grau de congruência que cada item do teste tem com o restante dos itens do mesmo teste. Este coeficiente apresenta a média de todos os coeficientes de correlação possíveis resultantes das diferentes divisões em duas metades de acordo com as questões que compõem cada um dos Fatores estudados;

Autovalor → Soma em coluna das cargas fatoriais ao quadrado de cada fator (ou Constructo). Representa a quantia de variância que é explicada por um fator (Constructo). Autovalor acima de uma unidade (valor 1) indica que o conjunto de questões que compõe um determinado fator explica mais do que cada uma das questões avaliadas individualmente;

Total de Variância explicada pela Análise Fatorial → É um critério utilizado para determinar o número de fatores que permaneceram no modelo garantido que o conjunto destes fatores explique pelo menos 60% da Variância Total do conjunto de questões analisado. Neste presente estudo, o Total de Variância Explicada é calculada somando-se os autovalores de cada Fator indicada pela análise e dividindo-se pelo número de questões utilizadas pela Análise Fatorial (se multiplicarmos por cem, teremos o resultado apresentado em percentual de Variância explicada pelo conjunto dos fatores recuperados);

Carga Fatorial → É a correlação de cada variável (questão) com o fator correspondente. As cargas fatoriais maiores fazem a variável (questão) representativa do Fator. A carga fatorial é o meio de interpretar o papel que cada variável tem na definição de cada fator. O que se espera é que exista apenas uma carga fatorial “significativa” para cada um dos fatores no que se refere a cada uma das variáveis originais (questões) estudadas, ou seja, espera-se apenas uma carga fatorial com valor alto e as demais cargas fatoriais sejam baixas ou nulas em cada uma das variáveis avaliadas. Seus valores podem variar de -1 a 1;

Comunalidade → Quantia total de variância que uma variável original (questão) compartilha com todas as outras variáveis incluídas na análise.

ANEXO A - Matriz Curricular

MATRIZ CURRICULAR Medicina Unifenas - BH						Disposição das estratégias educacionais ao longo do currículo							
1º ano Sistemas Regulatórios	1º P	Homeostasia	Hemorragia e Choque	Oligúria	Dispneia	GT - Grupo Tutorial - 1º ao 4º ano	PL - Prática de Laboratório - 1º ao 4º ano	PE - Projeto em equipe - 1º ao 4º ano	Seminários - 1º ao 4º ano	TH - Treinamento de habilidades - 1º ao 4º ano	PMC - Prática médica na comunidade - 1º ao 6º ano	PCA - Prática clínica ambulatorial - 3º ao 6º ano	IM - Internato médico - 5º ao 6º ano
	2º P	Epidemia	Inconsciência	Abdome Agudo	Febre								
SMC - Saúde Mental Comunitária													
2º ano Ciclos de Vida	3º P	Células e Moléculas	Nutrição e Metabolismo	Gestação	Nasc. Des. E Crescimento								
	4º P	Puberdade	Vida Adulta	Climatério e Andropausa	Idoso								
3º ano Síndromes Clínicas	5º P	Síndromes Pediátricas I	Síndromes Cardiológicas	Síndromes Digestórias	Síndromes Respiratórias								
	6º P	Síndromes Pediátricas II	Síndromes Infectoparasitárias	Síndromes Hemato-oncológicas	Síndromes Nefrourológicas								
4º ano Síndromes Clínicas e Cirúrgicas	7º P	Síndromes Otorrino-oftalmológicas	Síndromes Dermatológicas	Síndromes Endocrinológicas	Apoio Matricial em Psiquiatria								
	8º P	Síndromes Emergenciais	Síndromes Cirúrgicas	Síndromes Ginecológicas e Obst.	Síndromes Reumato-ortopédicas								
5º ano Internato Médico Supervisionado	9º P	Internato Médico Supervisionado	Internato Médico Supervisionado Clínica Cirúrgica	Internato Médico Supervisionado Pediatria									
	10º P												
6º ano Internato Médico Supervisionado	11º P	Internato Médico Supervisionado Atenção à Saúde da Mulher e do Neonato	Internato Médico Supervisionado Urgência em Clínica e em Saúde Mental	Internato Médico Supervisionado Atenção Integral à Saúde									
	12º P												

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto das Intervenções Educacionais na Atitude de Alunos de Medicina Frente a Doença Mental

Pesquisador: Alexandre de Araujo Pereira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 20045613.9.0000.5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 631.425

Data da Relatoria: 16/04/2014

Apresentação do Projeto:

Adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante tanto para a formação dos alunos de medicina quanto para a formação médica em saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota.

Endereço: Rodovia MG 179 km 0
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comredecetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 631.425

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ALFENAS, 30 de Abril de 2014

Assinador por:
MARCELO REIS DA COSTA
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MG 179 km 0
Bairro: Campus Universitário CEP: 37.130-000
UF: MG Município: ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 Fax: (35)3299-3137 E-mail: comitedeetica@unifenas.br

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Em **duas vias**, uma destinada ao usuário ou seu representante legal, e a outra ao pesquisador)

Título do Projeto: **Impacto das Intervenções Educacionais na Atitude de Alunos de Medicina Frente a Doença Mental**

Pesquisador Responsável: **Alexandre de Araújo Pereira**

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: **Doutorando / FACULDADE DE MEDICINA / UFMG / Mat.: 2012771909**

Contato: **Secretaria da Pós Graduação – Faculdade de Medicina da UFMG - Avenida Alfredo Balena, 190 – Quinto andar - Bairro Santa Efigênia – Belo Horizonte - Telefones para contato: (31) 88668081- (31) 34099641**

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa - **Impacto das Intervenções Educacionais na Atitude de Alunos de Medicina Frente a Doença Mental**, de responsabilidade do pesquisador ALEXANDRE DE ARAÚJO PEREIRA.

Favor ler os esclarecimentos abaixo:

JUSTIFICATIVA: Nos últimos anos, apesar de algumas mudanças terem incorporado e reforçado o ensino de noções de epidemiologia, saúde pública, prevenção de doenças e outro temas que anteriormente não eram abordados, alguns enfoques e temas essenciais à formação médica, ainda não foram devidamente contempladas. Temas como, por exemplo, o desenvolvimento de habilidades e atitudes, em particular aquelas requeridas para uma relação médico-paciente apropriadas, a adoção de comportamentos profissionais éticos e humanistas, ou a prática reflexiva, são relegados a um segundo plano, sendo, muitas vezes totalmente negligenciados

MÉTODOS: Este estudo quantitativo, de caráter longitudinal, será realizado através de coleta de informações que expressam a atitude dos alunos da Unifenas - BH em relação aos transtornos mentais. Será aplicados 01 questionário, em duas etapas - antes e após a participação dos alunos nas atividades de saúde mental do currículo. Sua participação se resumirá apenas em preencher os questionários anexos. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins científicos, portanto, o sigilo individual das respostas será preservado. Qualquer constrangimento no preenchimento dos questionários deverá ser minimizado pelos aplicadores dos mesmos. Salientamos que o estudo é de caráter voluntário e seu consentimento poderá ser retirado em qualquer momento da pesquisa. Em caso de dúvidas, favor contatar o responsável pelo estudo no endereço acima.

OBJETIVOS:

1. Avaliar a eficácia das intervenções curriculares em saúde mental propostas no currículo considerando o estigma dos alunos frente aos pacientes com transtornos mentais maiores como indicador principal e da empatia como indicador secundário
2. Identificar fatores sócio demográficos (sexo, idade, aspectos sócio-econômicos), de história de vida (ter se submetido a algum tratamento psiquiátrico e/ou ter contato prévio com portadores de transtornos mentais) e fatores acadêmicos (escolha de carreira) que possam ter influenciado as intervenções educacionais

3. Validar 01 instrumento para a realidade brasileira: Questionário de Atribuição (AQ 27VP)

4. Compreender os possíveis efeitos das intervenções curriculares promovidas junto aos alunos do curso

BENEFÍCIOS ESPERADOS: Esperamos, como resultado desse estudo, aprimorar o currículo atualmente em curso e, por consequência, melhorar a assistência médica aos portadores de transtornos mentais.

Agradecemos desde já sua compreensão e atenção.

BELO HORIZONTE, _____ de _____ de _____

ALEXANDRE DE ARAÚJO PEREIRA

EU _____, RG nº

_____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

BELO HORIZONTE, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ANEXO D - Attribution Questionnaire-27

Attribution Questionnaire-27

Patrick W. Corrigan, Psy.D.

University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation
7230 Arbor Drive
Tinley Park, IL 60447
708 614-4770
www.StigmaResearch.org

Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A.C., Rowan, D., & Kubiak, M.A. (2003). Attribution and Dangerousness Models of Public Discrimination Towards People With Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179.

Corrigan, PW, Watson, AC, Gracia, G. & Warpinski, AC (2003) Ethnic Differences in Stigmatizing Attitudes about Mental Illness. Manuscript submitted to *Journal of Social and Clinical Psychology*.

Corrigan, PW, Watson, AC, Warpinski, AC & Gracia, G. (2003). Stigmatizing Attitudes about Mental Illness and Allocation of Resources to Mental Health Services. Manuscript submitted to *Community Mental Health Journal*.

Corrigan, PW, Watson, AC, Warpinski, AC & Gracia, G. (2003) Mental Illness, Violence, and Stigma: Implications for Educating the Public. Manuscript submitted to *Psychiatric Services*.

Order manuscripts and reprint of articles <http://www.stigmaresearch.org/publications/>

*This research was supported by a research infrastructure support program grant from the National Institute of Mental Health (5 R24 MH62198) to Patrick Corrigan.

Attribution Questionnaire-27

Scoring the AQ-27

The AQ consists of 9 factors, which are scored by summing the items as outlined below:

Responsibility = AQ10+ AQ11 +AQ23
Pity = AQ9 + AQ22 + AQ27
Anger = AQ1 + AQ4 + AQ12
Dangerousness = AQ2 + AQ13 + AQ18
Fear = AQ3 + AQ19 + AQ24
Help = AQ8 + AQ20 + AQ21
Coercion = AQ5 + AQ14 + AQ25
Segregation = AQ6 + AQ15 + AQ17
Avoidance = AQ7 + AQ16 + AQ26

The higher the score, the more that factor is being endorsed by the subject.

Note the reversals in scoring items AQ7, AQ16, and AQ26.

PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENT ABOUT HARRY:

Harry is a 30 year-old single man with schizophrenia. Sometimes he hears voices and becomes upset. He lives alone in an apartment and works as a clerk at a large law firm. He had been hospitalized six times because of his illness.

[alternative vignettes follow measure].

NOW ANSWER EACH OF THE FOLLOWING QUESTIONS ABOUT HARRY. CIRCLE THE NUMBER OF THE BEST ANSWER TO EACH QUESTION.

1. I would feel aggravated by Harry.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

2. I would feel unsafe around Harry.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
no, not at all
yes, very much

3. Harry would terrify me.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

4. How angry would you feel at Harry?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

5. If I were in charge of Harry's treatment, I would require him to take his medication.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

6. I think Harry poses a risk to his neighbors unless he is hospitalized.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 none at all very much

7. If I were an employer, I would interview Harry for a job.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 not likely very likely

8. I would be willing to talk to Harry about his problems.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 not at all very much

9. I would feel pity for Harry.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 none at all very much

10. I would think that it was Harry's own fault that he is in the present condition.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 no, not at all yes, absolutely so

11. How controllable, do you think, is the cause of Harry's present condition?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 not at all under completely under
 personal control personal control

12. How irritated would you feel by Harry?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

13. How dangerous would you feel Harry is?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

14. How much do you agree that Harry should be forced into treatment with his doctor even if he does not want to?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

15. I think it would be best for Harry's community if he were put away in a psychiatric hospital.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

16. I would share a car pool with Harry every day.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not likely very much likely

17. How much do you think an asylum, where Harry can be kept away from his neighbors, is the best place for him?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

18. I would feel threatened by Harry.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
no, not at all yes, very much

19. How scared of Harry would you feel?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

20. How likely is it that you would help Harry?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
definitely would not help definitely would help

21. How certain would you feel that you would help Harry?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all certain absolutely certain

22. How much sympathy would you feel for Harry?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
none at all very much

23. How responsible, do you think, is Harry for his present condition?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all responsible very much responsible

24. How frightened of Harry would you feel?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
not at all very much

Attribution Questionnaire Vignettes

Condition #1- no danger. Harry is a 30 year old single man with schizophrenia. Although he sometimes hears voices and becomes upset, Harry has never been violent. Like most people with schizophrenia, Harry is no more dangerous than the average person. He lives in an apartment and works as a clerk in a large law firm. His symptoms are usually well managed with the appropriate medication.

Condition #2-danger. Harry is a 30 year old single man with schizophrenia. The last time his symptoms got worse, he heard voices and believed his neighbors were planning to hurt him. He attacked his landlady in the belief that she was in on a plot. When the police escorted him to the hospital, he tried to grab for the officer's gun. He attacked an orderly in the emergency room and had to be put into restraints. He only quieted down after he was given large doses of medication.

Condition #3-danger without controllability of cause. Harry is a 30 year old single man with schizophrenia. The last time his symptoms got worse, he heard voices and believed his neighbors were planning to hurt him. He attacked his landlady in the belief that she was in on a plot. When the police escorted him to the hospital, he tried to grab for the officer's gun. He attacked an orderly in the emergency room and had to be put into restraints. Harry's mental illness was originally caused by a severe head injury suffered during a car accident when he was 22. The mental illness leads to violence whenever he suffers from migraines also caused by the accident.

Condition #4-danger with controllability of cause. Harry is a 30 year old single man with schizophrenia. The last time his symptoms got worse, he heard voices and believed his neighbors were planning to hurt him. He attacked his landlady in the belief that she was in on a plot. When the police escorted him to the hospital, he tried to grab for the officer's gun. He attacked an orderly in the emergency room and had to be put into restraints. Harry's mental illness was originally caused by eight years of abusing illegal drugs. The mental illness leads to violence whenever he snorts cocaine.

ANEXO E - Questionário de Atribuição-27

Questionário de Atribuição-27¹ (Corrigan, 2003)

Cotação do AQ-27

O AQ é constituído por 9 fatores, cotados pela soma dos itens como é definido a seguir:

Responsabilidade = QA10+ QA11 +QA23

Pena = QA9 + QA22 + QA27

Irritação = QA1 + QA4 + QA12

Perigosidade = QA2 + QA13 + QA18

Medo = QA3 + QA19 + QA24

Ajuda = QA8 + QA20 + QA21

Coação = QA5 + QA14 + QA25

Segregação = QA6 + QA15 + QA17

Evitamento = QA7 + QA16 + QA26

Quanto maior é a cotação do fator, mais este está representado no sujeito.

A cotação é invertida nos itens QA7, QA16 e QA26.

No final do questionário podem-se encontrar histórias alternativas.

¹ Sousa, S., Barbosa, T., Queirós, C. & Marques, A. (2008). Questionário de Atribuição AQ-27, versão portuguesa traduzida do original AQ-27 (Corrigan, P., 2003), Laboratório de Reabilitação Psicossocial da FPCEUP/ESTSPIPP, Porto, Portugal.

Contacto: scs@estsp.ipp.pt

26. Se eu fosse senhorio, provavelmente alugaria um apartamento ao José.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
nada provável								muito provável

27. Até que ponto se iria preocupar com o José?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
nada								muito

Questionário de Atribuição – Histórias alternativas

Condição #1 - sem perigo

José é um homem com 30 anos de idade, solteiro e com Esquizofrenia. Apesar de às vezes o José ouvir vozes e ficar perturbado, nunca foi violento. Como a maior parte das pessoas com Esquizofrenia, o José não é mais perigoso do que outra pessoa qualquer. Ele vive num apartamento e trabalha como estafeta num escritório de advogados. Os seus sintomas são habitualmente controlados com medicação apropriada.

Condição #2 - perigo

José é um homem com 30 anos de idade, solteiro e com Esquizofrenia. A última vez que os seus sintomas pioraram, ele ouviu vozes e acreditou que os seus vizinhos estavam a planear atacá-lo. Ele atacou a sua senhoria acreditando que ela estava envolvida no plano. Quando a Polícia o acompanhou até ao hospital, ele tentou tirar a arma do agente. Ele perturbou a ordem da sala de urgência e teve de ser colocado num lugar restrito. O José só se acalmou quando lhe deram uma grande dose de medicação.

Condição #3 - perigo sem controlo de causa

José é um homem com 30 anos de idade, solteiro e com Esquizofrenia. A última vez que os seus sintomas pioraram, ele ouviu vozes e acreditou que os seus vizinhos estavam a planear atacá-lo. Ele atacou a sua senhoria acreditando que ela estava envolvida no plano. Quando a Polícia o acompanhou até ao hospital, ele tentou tirar a arma do agente. Ele perturbou a ordem da sala de urgência e teve de ser colocado num lugar restrito. A sua doença mental foi causada por um acidente de carro, quando ele tinha 22 anos. Nesse acidente bateu com a cabeça e sofreu danos. O distúrbio mental leva à violência sempre que o José sofre de enxaquecas, também causadas pelo acidente.

Condição #4 - perigo com controlo de causa

José é um homem com 30 anos de idade, solteiro e com Esquizofrenia. A última vez que os seus sintomas pioraram, ele ouviu vozes e acreditou que os seus vizinhos estavam a planear atacá-lo. Ele atacou a sua senhoria acreditando que ela estava envolvida no plano. Quando a Polícia o acompanhou até ao hospital, ele tentou tirar a arma do agente. Ele perturbou a ordem da sala de urgência e teve de ser colocado num lugar restrito. A sua doença mental foi causada por oito anos de abuso de drogas ilegais. A doença mental leva à violência sempre que ele inala cocaína.

ANEXO F - Questionário de Atribuição - AQ-26B

Questionário de Atribuição - AQ-26B¹

O Questionário de Atribuição (AQ) é constituído por 8 fatores, pontuado pela soma dos itens como definido abaixo:

F1 - MEDO = Q1, Q2, Q3, Q12, Q17, Q18, Q23 (Pessoas com transtornos mentais provocam medo nas pessoas porque são imprevisíveis e violentas)

F2 - DESAMPARO = Q8(INV), Q19(INV), Q20(INV), Q26(INV) (Pessoas com transtornos mentais não merecem ajuda)

F3 - SEGREGAÇÃO = Q6, Q14, Q16, Q24 (Pessoas com transtornos mentais devem ser encaminhadas para instituições fora da comunidade)

F4 - AFASTAMENTO = Q7(INV), Q15(INV), Q25(INV) (não desejo conviver com pessoas com transtornos mentais)

F5 - PENA = Q9, Q21 (Pessoas com transtornos mentais são tomadas pela sua doença, merecendo preocupação e pena)

F6 - INTOLERÂNCIA = Q4, Q11 (Pessoas com transtornos mentais são culpadas por terem a doença e provocarem raiva em outras pessoas)

F7 - RESPONSABILIZAÇÃO = Q10, Q22 (Pessoas com transtornos mentais podem controlar seus sintomas e são responsáveis pela sua doença)

F8 - COERÇÃO = Q5, Q13 (Pessoas com transtornos mentais devem se submeter ao tratamento)

Quanto maior o escore do fator (pontuação de 1 a 9) mais ele está representado no sujeito e maior é o estigma.

OBS: INV → Questão que deverão ser invertidas, ou seja, (Q8INV = 10 – Q8, por exemplo)

¹ PEREIRA, A. A.; DELBONE DE FARIA, R. M.; ELÓI SANTOS, S. M. (2016). Questionário de Atribuição - AQ-26B, culturalmente adaptado para o Brasil a partir da versão de Portugal realizada por Sousa et al (2008), traduzida do original AQ-27 de Corrigan et al (2003). Pós-Graduação em Patologia do Curso de Medicina - UFMG - Linha de Pesquisa de Ensino em Saúde, Belo Horizonte, Brasil.
Contato: alex68@uol.com.br

QUESTIONÁRIO DE ATRIBUIÇÃO - AQ - 26B

POR FAVOR LEIA A SEGUINTE INFORMAÇÃO SOBRE JOSÉ:

José é um homem de 30 anos de idade, solteiro e com esquizofrenia. Ele vive num apartamento e trabalha como auxiliar administrativo num escritório de advocacia. Há períodos em que ouve vozes e fica perturbado. Da última vez que esteve em crise, acreditou que seus vizinhos estavam planejando atacá-lo. Os seus sintomas são habitualmente controlados com a medicação apropriada.

AGORA RESPONDA A CADA UMA DAS QUESTÕES QUE SE SEGUEM SOBRE JOSÉ. MARQUE COM UM X O NÚMERO QUE MELHOR CORRESPONDE À SUA RESPOSTA. SUAS OPÇÕES DEVERÃO EXPRESSAR A SUA OPINIÃO PESSOAL SOBRE O ASSUNTO ABORDADO, NÃO HAVENDO PORTANTO, RESPOSTA CERTA OU ERRADA.

1. Eu me sentiria incomodado por José.

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

2. Eu me sentiria inseguro perto de José.

Não, nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sim, muito

3. O José iria assustar-me.

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

4. Até que ponto ficaria zangado com José?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

5. Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, pediria para ele tomar a medicação.

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

6. Penso que José coloca a sua vizinhança em risco se não for internado.

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

7. Se eu fosse um empregador, entrevistaria José para um emprego.

Nada provável

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito provável

8. Eu estaria disposto a conversar com José sobre seus problemas.

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

9. Eu sentiria pena de José.

Nenhuma

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muita

10. Eu pensaria que José é o culpado da sua situação atual.

Não concordo nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Concordo muito

11. Até que ponto se sentiria irritado com José?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

12. Até que ponto sentiria que José é perigoso?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

13. Até que ponto concorda que José deveria ser forçado a tratar – se com seu médico mesmo que ele não quisesse?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

14. Eu penso que seria melhor para a comunidade onde José está inserido se ele fosse colocado num hospital psiquiátrico.

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

15. Eu pegaria uma carona de carro com José, todos os dias

Nada provável

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito provável

16. Até que ponto acha que um hospício, onde José pudesse estar afastado da sua vizinhança, seria o melhor local para ele?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

17. Eu me sentiria ameaçado por José.

Não, nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sim, muito

18. Até que ponto sentiria medo de José?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

19. Até que ponto estaria disposto a ajudar José?

Definitivamente não o ajudaria

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Definitivamente iria ajudá-lo

20. Até que ponto você tem certeza de que iria ajudar José?

Não concordo nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Concordo muito

21. Até que ponto sentiria pena de José?

Nenhuma certeza

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Certeza absoluta

22. Até que ponto acha que José é responsável pela sua situação atual?

Nada responsável

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito responsável

23. Até que ponto você se sentiria assustado por José?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

24. Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, iria forçá-lo a viver numa moradia protegida para pessoas com transtornos mentais.

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

25. Se eu fosse o proprietário, provavelmente alugaria um apartamento para José.

Nada provável

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito provável

26. Até que ponto me preocuparia com José?

Nada

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Muito

ANEXO G - Questionário suplementar

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA
ENSINO E PESQUISA EM PATOLOGIA
(Edital 24/2010 - Pró Ensino da Saúde)**

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA**GRUPO I**

1. Idade: _____

2. Sexo:

Masculino Feminino

3. Naturalidade: _____

4. Estado Civil:

Solteiro Casado(a) ou união estável Divorciado(a), separado(a) ou viúvo(a)

5. Tem filhos?

Sim não

6. Situação ocupacional:

Somente estudante Trabalha e estuda

7. Forma de entrada no curso de medicina:

Vestibular ENEM PRÓ UNI Transferência

Outra (especificar): _____

8. Forma de pagamento do curso:

Pagamento integral FIES PRÓ UNI Bolsa parcial

Outra (especificar): _____

9. Frequentou alguma das estratégias de ensino do curso de medicina listadas abaixo?

PMC do segundo período realizado no Centros de Convivência da Prefeitura de Belo Horizonte

Bloco de Neuropsiquiatria nas Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte

Internato de Saúde Mental em CERSAM da Prefeitura de Belo Horizonte

Nenhuma das anteriores

10. Já cursou outro curso superior antes de fazer medicina?

Sim, cheguei a concluir Sim, mas abandonei antes de concluir Não (**avance para o Grupo II**)

11. Se respondeu sim a questão anterior, especifique qual curso, de acordo com a classificação abaixo:

- Ciências da saúde / biológicas (especificar): _____
- Ciências humanas (especificar): _____
- Ciências exatas (especificar): _____

GRUPO II

1. Tem algum familiar com doença mental?

- Sim Não (avance para a questão 4)

2. Se respondeu sim, indique quem:

- Pai ou mãe Irmãos Cônjuge ou namorado(a) Filhos

- Outro (especificar quem): _____

3. Se respondeu sim, com que regularidade estabelece ou já estabeleceu contato com essa pessoa?

- Diariamente Semanalmente Mensalmente Ocasionalmente Nunca

4. Conhece alguém, sem ser familiar, com doença mental?

- Sim Não (avance para a questão 7)

5. Se respondeu sim, indique quem:

- Amigo(a) Colega de curso Colega de trabalho Vizinho(a)
- Pessoa de local onde realizei estágio acadêmico antes de estudar medicina
- Outro (especificar quem): _____

6. Se conhece alguém com doença mental sem ser familiar, com que regularidade estabelece ou já estabeleceu contato com essa pessoa?

- Diariamente Semanalmente Mensalmente Ocasionalmente Nunca

7. Você faz ou já fez algum tratamento psiquiátrico ou psicológico ao longo da sua vida? Entenda por tratamento psiquiátrico e psicológico ter realizado consultas regulares com psiquiatra ou psicólogo por pelo menos 06 meses, independente de uso ou não de medicação.

- Sim Não

8. Você já considerou a possibilidade de escolher a psiquiatria como opção de especialidade médica?

- Sim, seriamente Sim, como uma possibilidade Não, nunca

9. Sua experiência no Curso de Medicina da Unifenas – BH influenciou nessa decisão?

- Fortemente Moderadamente Fracamente
- Não houve influencia do curso de Medicina da Unifenas –BH nessa escolha

ANEXO H - Poster apresentado na AMEE 2016: “Does a mental health education program change medical students’ attitudes towards people with mental illness?”

Does a mental health educational program change medical students’ attitudes towards people with mental illness?

Alexandre de Araújo Pereira (1), Silvana Maria Elói Santos (2), Rosa Malena Delbone de Faria (2)

1. UNIFENAS Medical Course - Belo Horizonte - Brazil
2. Federal University of Minas Gerais Medical Course - Belo Horizonte - Brazil

Correspondence: alex68@uol.com.br

The Educational Problem

The stigma attached to the mentally ill is a universal phenomenon and a major barrier to the provision of mental health services. Stigmatising attitudes among health professionals can result in compromised patient care.

This research project aimed to study the effects of a mental health-training program, developed in three different Community Mental Health Services in Belo Horizonte - Brazil, on the stigma of medical students towards the mentally ill.

Methods

A pretest - posttest survey design was conducted. A Portuguese Version of The Attribution Questionnaire (AQ-26B) was validated and used for assessing the students stigma towards mental illness. A total of 156 students accepted to participate (74,6% of enrolled students). Multiple linear and logistic regressions and other complementary univariate statistical methods were used for data analysis.

Results

None of the sociodemographic factors or student’s mental health life history influenced stigma level showed by the students. Nonetheless, psychiatry as a career choice did ($p=0.042$).

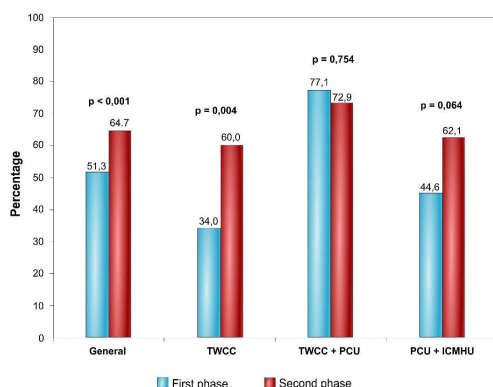
The results also showed a statistically significant decrease in the expression of stigma when all the students were analysed together.

Differences were identified when they were compared separately: Therapeutic Workshop Community Centers (TWCC) for first year students, Intensive Care Mental Health Units (ICMHU) for last year students and Primary Care Units (PCU) for fourth year students (Fig. 1).

Take-home Message

- Reducing stigma among medical students requires longitudinal curriculum organization, with the inclusion of mental health educational strategies that promote direct contact of students with mentally ill patients, preferable in community mental health settings.
- The beginning of the medical course seems to be an opportune time to offer this type of activity.
- Reducing stigma related to mental illness contributes to generate greater interest of students by psychiatry and mental health.
- Effective broad-based collaboration between University and local Mental Health System can successfully combine achieving educational objectives with delivering community-based health care.

Fig. 1: Proportion of students with low stigma before and after Mental Health Educational Strategies



Videos

Social Activity	Short Video	Photos
<p>First year students' activity at a therapeutic workshop community centre (twcc) in Belo Horizonte - Brazil.</p> <p>Students organized, interacted and gave voice to mental health patients. Excellent way to improve student's ability to communicate and accept human difference.</p>	<p>Interview explaining the importance of mental health support at Primary Care Units (PCU) in Belo Horizonte - Brazil.</p> <p>Video shows psychiatrist, students and primary health personnel discussing cases at a primary care setting.</p>	<p>Sensitive black and white photo shooting of psychiatric patients done by a last year medical student during her rotation at an Intensive Care Mental Health Units (ICMHU) in Belo Horizonte - Brazil.</p>



ANEXO I - Poster apresentado no The Network Towards Unity for Health Annual Conference - Poster: “Students go crazy about mental health”

MEDICAL STUDENTS GO CRAZY ABOUT MENTAL HEALTH

ALEXANDRE DE ARAÚJO PEREIRA (1); DANIELA CORREIA LEITE ANDRADE (2).
CURSO DE MEDICINA - UNIFENAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.

- 1 - Psychiatry Teacher (PhD student at Minas Gerais Federal University - UFMG)
2 - Medical Student (PROBIC/UNIFENAS fellowship)

alex88@uol.com.br

KEYWORDS - mental health; medical students; stigma

Context

It is well known that public attitudes towards mental patients and psychiatric treatment can be prejudicial. This becomes more relevant as psychiatric patients are more likely to be in contact with general physicians, according to Brazilian mental health policy. Unifenas Medical School's goal is to graduate general physicians skilled to work in primary health care and in general emergency settings.

Setting

The psychiatric faculty group, responsible for developing the learning strategy - Internship in Internal Medicine and Mental Health, partnered with four local Public Community Mental Health Services (CAPS), which were responsible to provide assistance to acute and complex psychiatric patients in four Health Districts in Belo Horizonte. This group created a strategy for developing a mental health community-based practical experience for last-year medical students.

Objectives

To address the barriers and stigmatized perceptions of students towards mentally ill patients, to foster more emphatic attitudes towards them and develop psychiatric skills suitable for general practitioners at emergency psychiatric situations.

Design

Students participated in a total of 100 hours of on-site activities with patients for 05 weeks that included: interviews, case studies, mental health professional meetings and therapeutic recreation. In addition, they spent 15 hours in academic group discussions studying emergency topics in psychiatry.

Students assessment was carried out in three ways:

- Reflexion of their experience through Portfolio;
- Clinical practice through Global Item Scale;
- Psychiatric knowledge through Multiple Choice Test.

Outcomes and Results

Students' portfolio content analysis from the last two years: 2013 (N=30) 2014 (N=35) and field observation, indicated that a collaborative approach between Community Mental Health Services and Unifenas Medical School, providing exposure to patients during care for last-year medical students, contributes to the humanistic and medical education of future doctors. From an ethical point of view, this process considers human diversity, creates familiarity with the health care system, stimulates reflection on doctor-patient relationship.

Reference

Alexandre Pereira & Henry Holanda. Medical Education 2013;47:513-535

Take-Home Message - Our experience shows that effective, broad-based collaboration between Medical School and Public Community Mental Health Services can successfully combine achieving educational objectives with delivering community-based health care.



psiquiatria@unifenas.br

ANEXO J - Publicação na Revista *Medical Education*: “*Changing medical students’ attitudes about mental health*”

really good stuff

Changing medical students’ attitudes about mental health

Alexandre Pereira & Henry Holanda

What problems were addressed? A lack of integration of mental health topics in the curriculum and insufficient interaction of students with patients were identified by a 2009 internal school report. It is well known that public attitudes towards mental health patients and psychiatric treatment can be prejudicial.¹ This becomes more relevant as psychiatric patients are more likely to be in contact with general physicians, according to Brazilian mental health policy. The medical school’s goal is to graduate general doctors skilled to work in primary health care and in general emergency settings. From a pedagogical perspective, the medical school’s approach is students-centred, problem-based and community and health system-oriented. The challenge was how to address this discrepancy. Since 2003, the curriculum had included mental health, medical psychology and psychiatric topics, but these subjects have not been fully implemented.

What was tried? A multidisciplinary faculty group, responsible for developing the learning strategy in a course, ‘Medical Practice in the Community’, partnered with the local community mental health system, which is directly linked to the primary health care system. This group created a strategy for developing a mental health community-based practical experience for first-year medical students. The resulting learning strategy was aligned with both the curriculum plan and the mental health service’s guidelines and needs. The main objective was to address the barriers and stigmatised perceptions of students towards mentally ill patients and to develop more emphatic attitudes towards them. Eighty first-year medical students were divided into four groups and attended the ‘Medical Practice in the Community’ course at therapeutic workshop community centres for 8 weeks. Students participated in a total of 32 hours of on-site activities with patients; these included interviews, informational workshops on general health topics and therapeutic recreation. In addition, they spent 16 hours in academic group discussions studying short videos, literature and scientific papers. This educational project was designed in cooperation with mental health authorities and service managers where the practical activities took place. All the main contributors participated in evaluating the programme: faculty members, students and services’ managers. Surveys, observation and group discussion provided comprehensive feedback from all viewpoints.

What lessons were learned? The results of the evaluation indicated that a collaborative approach providing early exposure to mental health care for first-year medical students contributes to the humanistic education of future doctors. From an ethical point of view, this process considers human diversity, develops coping skills with people with severe mental disorders, creates familiarity with the health care system and stimulates reflection and critical skills of students. Our experience shows that effective, broad-based collaboration can successfully combine achieving educational objectives with delivering community-based health care. This intervention is the first of

three increasingly more complex mental health segments that will be developed as two later modules of the medical curriculum during the fourth and last years of the course.

REFERENCE

- 1 Couture SM, Penn DL. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *J Mental Health* 2003;**12** (3):291–305.

Correspondence: Alexandre Pereira, Faculdade de Medicina, Universidade Jose do Rosario Vellano, Rua Libano, 66, Bairro: Itapoa, Belo Horizonte, Minas Gerais 31710-030, Brazil. Tel: 00 55 313 497 4302; E-mail: alex68@uol.com.br
doi: 10.1111/medu.12195

Coaching the coaches: targeted faculty development for teaching

Darren Nichols, Adam Kulaga & Shelley Ross

What problem was addressed? In daily practice, our emergency doctors are asked to document some of the formative feedback that they give to residents as part of ongoing clinical assessment in the workplace. However, few of these preceptors demonstrate best practices when writing formative feedback. This has led to a culture of feedback where vague, non-specific suggestions (‘good work’) are found more often than advice that is specific and constructive enough to lead to behavioural change in the learner. Preceptors give good verbal coaching in the workplace (‘Next time you get consent for a lumbar puncture, discuss infection risk’), yet do not write down that very coaching. The result is that when residents reflect back on feedback received during a rotation, only a smattering of useful advice is available amidst nebulous comments masquerading as feedback.

What was tried? Ten clinical preceptors volunteered to have their written feedback analysed, and to then undergo a one-on-one faculty development session. On average, preceptors documented three discreet pieces of feedback during a shift with one resident. On average, only 30 pieces were required to reach saturation of the advice to give to each preceptor. The feedback was analysed using a 5-point scoring system that we developed from the literature on good formative feedback (validated tool to be published; created 2010, validated 2012; inter-rater reliability 0.94). Feedback had to be specific, informative, and contain enough information to allow the resident to recall the feedback event. The best feedback, containing all five elements, could also be identified by the fact that a resident could reflect on it at a future date and reproduce their correct action or behaviour or make necessary correction. Preceptors were coached in 30–45 minute one-on-one sessions and were provided with individualised instruction (based on their own written feedback) on how to improve their written feedback. Discussions took place in which each participant voiced questions and concerns about

ANEXO K - Artigo submetido à revista Cadernos de Saúde Pública: “Instrumento para estudo de estigma relacionado às doenças mentais: Versão Brasileira do *Attribution Questionnaire* - adaptação transcultural e validação de propriedades psicométricas”

1

Instrumento para estudo de estigma relacionado às doenças mentais: Versão Brasileira do *Attribution Questionnaire* - adaptação transcultural e validação de propriedades psicométricas

Brazilian version of the Attribution Questionnaire for measuring stigma related to mental illness - cultural adaptation and validation of psychometric properties

Alexandre de Araújo Pereira

Curso de Medicina, Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) - Belo Horizonte, Brasil

Autor para correspondência: Rua Professor Moraes, 562/806; 31.150-370, Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: alex68@uol.com.br

Silvana Maria Elói Santos

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte, Brasil

Rosa Malena Delbone de Faria

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte, Brasil

O presente trabalho representa um dos objetivos da Tese de Doutorado do autor principal, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Patologia, - Linha de Ensino em Saúde, da Faculdade de Medicina da UFMG, e teve o apoio financeiro da CAPES, Edital Pró-Ensino na Saúde 24/2010 (projeto n. 1606/2011).

Os autores declaram não haver quaisquer conflitos de interesse na realização desse trabalho.

Resumo

Objetivo: Realizar a adaptação transcultural do *Attribution Questionnaire* - AQ27 para o português falado no Brasil a partir da versão de Portugal e validar as propriedades psicométricas da escala através da análise fatorial exploratória. Método: Após a adaptação semântica e cultural, o questionário foi aplicado a 431 alunos do 1º ao 6º anos do Curso de Medicina UNIFENAS-BH, Brasil e, em seguida, conduzida análise fatorial exploratória, através do método de extração de componentes principais e rotação Varimax. Resultados: A versão final

brasileira do Questionário de Atribuição (AQ-26B) apresentou um fator a menos que a versão original em inglês e a portuguesa devido à fusão dos fatores Medo e Percepção de Perigo, o que gerou a supressão da questão 11 do questionário brasileiro por não apresentar valores psicométricos adequados. Dificuldades linguísticas relacionadas à interpretação da questão 11 e sua maior complexidade de significado latente, parecem ter contribuído com esse resultado. Conclusões: O questionário brasileiro (AQ-26B) manteve parâmetros de validade e confiabilidade adequados observando-se coerência com o modelo teórico original. Além disso, se mostrou de fácil aplicação, demonstrando ser um instrumento útil para avaliar o estigma relacionado à doença mental entre alunos de medicina de escolas médicas brasileiras.

Descritores: Questionário; Estigma; Doença Mental; Educação Médica.

Summary

Objective: A cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the Attribution Questionnaire - AQ27 for Brazilian speakers and an exploratory factor analysis were conducted in order to validate the scale's psychometric properties. Method: After semantic and cultural adaptation of the questionnaire, exploratory factor analysis was conducted through principal component extraction and Varimax rotation methods in 431 students, from the first to the last years of the course, at UNIFENAS Medical Course in Belo Horizonte, Brazil. Results: The final Brazilian version of the Attribution Questionnaire (AQ-26B) had 8 factors instead of 9 from the original American and Portuguese versions. This change was due to the merger of Fear and Dangerousness factors. Question 11 was removed from the Brazilian version because it did not present adequate psychometric values. Language difficulties, related to the interpretation of its meaning and its complex latent meaning, seemed to have contributed to this result. Conclusions: The Brazilian version of the Attribution Questionnaire (AQ-26B) presented suitable validity and reliability parameters as well as theoretical coherence to the original model. Moreover, it proved easy to apply, showing to be a useful tool to evaluate the stigma attached to mental illness in Brazilian medical students.

Keywords: Questionnaire; Stigma; Mental Illness; Medical Education.

INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos representam 14% da carga global de doenças. Transtornos psiquiátricos mais severos, como a esquizofrenia, estão associados a taxa maior de problemas físicos de saúde e decréscimo da expectativa de vida de 12 a 15 anos, por apresentarem maior associação com obesidade, sedentarismo, tabagismo e maior risco de suicídio¹.

A literatura nacional^{2,3,4} e internacional^{5,6,7,8} mostra que parcelas significativas da população, incluindo profissionais de saúde, possuem visão estigmatizada dos portadores de transtornos mentais, o que pode contribuir para a exclusão social, baixa qualidade assistencial e dificuldade de acesso ao tratamento em saúde^{9,10,11}. Entre alunos de medicina, vários autores identificaram atitudes predominantemente negativa ou ambivalente em relação a essa população^{12,13,14,15,16,17}. Segundo Goffman¹⁸, “[...] o processo de estigma acontece quando um grupo de pessoas atribui uma marca discriminatória ou característica distinta a outro grupo minoritário, usualmente, privando-o de direitos e privilégios que lhe deveriam estar associados”. Identificar o estigma entre estudantes de medicina e avaliar estratégias educacionais que promovam atitudes mais positivas na redução do estigma, por parte dos futuros médicos, pode ajudar a reverter esse cenário.

Várias escalas de mensuração do estigma foram descritas na literatura^{19,20,21}. No Brasil, foram identificadas duas escalas validadas que medem atitudes e opiniões sobre as doenças mentais^{22,23,24}. No entanto, esses instrumentos não avaliam diretamente o estigma, são compostas de muitos itens (51 e 70 respectivamente) e apresentam-se desatualizadas.

O *Attribution Questionnaire - AQ27*, escala desenvolvida por Corrigan et al.²⁵, embasada na teoria de atribuição desenvolvida por Heider²⁶ e Weiner²⁷, se mostrou promissora na mensuração do estigma junto à população geral e entre profissionais de saúde. Esse questionário descreve brevemente, em forma de vinheta, a história de um jovem portador de esquizofrenia e 27 itens exploram as atitudes, sentimentos e comportamentos dos respondentes, cujas respostas são assinaladas utilizando-se escala do tipo LIKERT de 1 a 9. Os itens são agrupados em nove dimensões diferentes, no original: *anger, dangerousness, fear, coercion, segregation, avoidance, help, pity, responsibility*. Propriedades psicométricas já foram avaliadas por outros autores de língua inglesa²⁸ e italiana^{29,30}. Uma versão preliminar portuguesa foi obtida pela tradução e retro tradução para a língua inglesa e a escala foi testada em familiares de pacientes portadores de esquizofrenia em Portugal³¹. No entanto, suas propriedades psicométricas, em especial a validação pela análise fatorial em português, ainda não haviam sido definidas.

O objetivo deste estudo foi realizar a adaptação transcultural do *Attribution Questionnaire - AQ27VP* para o português falado no Brasil e validar as propriedades psicométricas da escala através da Análise Fatorial.

MÉTODOS

- **Procedimentos da adaptação transcultural:** Foi necessária uma adaptação transcultural do instrumento para a realidade brasileira, de acordo com as premissas defendidas por

Reichenheim e Moraes³². Segundo esses autores, o processo de adaptação transcultural de um instrumento deve representar uma combinação entre a tradução literal de palavras (equivalência semântica) com um processo metódico de sintonização que contemple o contexto cultural e estilo de vida da população alvo. Finalmente, devem ser conduzidos estudos psicométricos para a equivalência da validade dimensional e confiabilidade do instrumento em estudo. Numa primeira etapa, uma médica portuguesa (DPD), radicada no Brasil há muitos anos e com formação em saúde mental, sugeriu modificações da versão portuguesa. Em seguida, essas modificações foram discutidas pelo grupo de pesquisadores e incorporadas na versão brasileira. Dos 27 itens que compõem a escala, 16 não sofreram qualquer modificação, seis apresentaram apenas mudanças na estrutura da elaboração da frase e outras quatro necessitaram de adequação cultural semântica. Posteriormente, a versão brasileira foi testada em 24 alunos do curso de medicina, para verificação da compreensibilidade do questionário e verificação de equivalência operacional do instrumento, tais como: veículo e formato das questões, cenário de administração, modo e tempo de aplicação e categorização dos itens.

- **Características da amostra:** 563 alunos de graduação, regularmente matriculados no curso de Medicina UNIFENAS-BH, do 1º ao 6º anos, foram convidados para participar deste estudo. Do total de alunos convidados, 431 concordaram em participar e autorresponderam o questionário antes ou após atividades curriculares regulares, na presença do pesquisador responsável ou de sua equipe, devidamente treinada para este fim. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIFENAS (parecer nº 631.425) e todos os alunos que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como propõe a legislação em vigor³³. A idade dos alunos participantes (76,55% do total) variou de 17 a 46 anos, com média de 23,2 anos e desvio-padrão de 4,0 anos. Houve predomínio de alunos do sexo feminino (60,8%) e solteiros (95,4%).
- **Procedimentos da análise fatorial exploratória:** Com o objetivo de verificar a validade de construto do AQ-27 realizou-se análise fatorial exploratória utilizando o método de extração dos componentes principais e rotação Varimax. A conveniência do modelo da análise fatorial, como técnica para redução e sumarização de variáveis, foi verificada pelo teste de esfericidade de Bartlett e pela medida de adequabilidade da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). A mesma mostrou-se conveniente no que tange aos resultados que avaliam a sua adequabilidade, os autovalores e o percentual de variância explicada (Tabela 1). O coeficiente Alfa de Cronbach foi a medida utilizada para avaliar a confiabilidade da consistência interna de cada um dos fatores determinados pela análise fatorial. Por fim, a

determinação da composição de cada um dos fatores foi baseada nas cargas fatoriais, sendo que, neste estudo, baseado no tamanho da amostra, no nível de significância (5%) e no poder de 80% considerou-se como carga fatorial significativa um valor de referência, em módulo, superior a 0,35. Questões com sentido inverso ao conjunto predominante das questões avaliadas tiveram sua pontuação invertida, isso ocorreu nos fatores Desamparo (F2) e Afastamento (F4).

RESULTADOS

- **Adaptação Transcultural:** Dos 27 itens que compõem a escala, 16 não sofreram qualquer modificação. Dos 11 restantes, seis apresentaram apenas mudanças na estrutura da elaboração da frase, usualmente pouco utilizada no Brasil, ex: Q1 - Eu iria sentir-me incomodado pelo José **para** Eu me sentiria incomodado por José. Outras quatro necessitaram de uma adequação cultural semântica, já que os termos existiam no português falado no Brasil, mas poderiam gerar algum grau de confusão interpretativa, ex: Q26 - Se eu fosse senhorio, provavelmente alugaria um apartamento ao José **para** Se eu fosse o proprietário, provavelmente alugaria um apartamento para José. Por último, em apenas uma questão, houve necessidade de troca da palavra por outra equivalente pela inexistência da palavra no português falado no Brasil, ex: Q16 - Eu partilharia uma boleia de carro com o José, todos os dias **para** Eu pegaria uma carona de carro com José, todos os dias.
- **Análise fatorial:** Inicialmente, verificou-se a fatoriabilidade da matriz de correlação entre os itens da escala através do índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), obtendo-se o valor 0,86 para a amostra estudada. A análise fatorial exploratória, utilizando o método dos componentes principais e rotação Varimax indicou oito fatores com autovalores maiores do que 1,00, explicando 68,9% da variância total (Tabela 2). Os questionários originais de 27 itens, versão original em inglês (AQ-27) e a portuguesa (AQ-27VP), foram comparados à versão brasileira de 26 itens (AQ-26B). As versões de 27 itens eram distribuídas em nove fatores (três itens por fator). O modelo gerado pelo estudo atual gerou oito fatores, havendo redistribuição de alguns itens do questionário entre os fatores identificados, descritos no Quadro 1. Para facilitar a compreensão do público brasileiro e adequar melhor a interpretação dos fatores, após a redistribuição dos itens, houve modificação de nomes de alguns dos fatores. Dessa forma, todos os fatores passaram a apresentar uma mesma direção conceitual, na qual, quanto maior o escore de cada fator, maior o estigma: *Anger/Irritação* passou a ser chamado de **Intolerância**; *Avoidance/Evitamento* foi definido como **Afastamento**; *Help/Ajuda* teve seu sentido convertido para **Desamparo**. Todos os itens

relacionados ao fator **Dangerousness/Perigosidade**, foram reagrupados no fator **Fear/Medo**, que também incorporou a Q (questão)1, originalmente relacionada ao fator **Anger/Irritação**. A Q25, originalmente relacionada ao fator **Coercion/Coação**, foi incorporada ao fator **Segregação**. A Q-27, originalmente presente no fator **Pity/Pena**, foi renomeada para **Desamparo**. A questão 11 foi excluída desta análise por apresentar um baixo valor de comunalidade (0,29). E, apesar da questão de nº 1 apresentar um valor de comunalidade pouco abaixo do recomendado (0,49) a mesma foi mantida na análise uma vez que sua retirada impactou sensivelmente no total da variância explicada pelo modelo, além disso, sua carga fatorial foi expressiva (0,65).

DISCUSSÃO

Kogan e Shea³⁴ apontaram a Análise Fatorial e a definição do Alfa de Cronbach como os métodos mais frequentemente utilizados na validação de escalas no campo da educação médica. A **validade** de testes ou escalas constitui um parâmetro da medida tipicamente discutida nas ciências sociais. Validade, segundo Pasquali³⁵, é entendida como a propriedade de um teste estar de fato se referindo (representando) um fator, ou seja, se está medindo aquilo que se propõe a medir. Já o conceito de validação, é mais complexo, porque se trata de provar cientificamente a validade de um instrumento. Também segundo Pasquali³⁶, isto é particularmente o caso nos enfoques que, em psicologia, trabalham com o conceito de traço latente, onde se deve demonstrar a correspondência (congruência) entre traço latente e sua representação física (o comportamento). A Teoria de Resposta ao Item (TRI), que embasa essa perspectiva da psicometria moderna, define a qualidade dos testes (que são comportamentos ou variáveis observáveis) em função de um critério que não é o comportamento e sim variáveis hipotéticas, as quais chama de traço latente, também conhecido por outros nomes, como: fator, constructo, conceito, estrutura psíquica, traço cognitivo, atitude, dentre outros.

Portanto, a elaboração de instrumentos, escalas dentro da TRI depende de **procedimentos teóricos**: desenvolvimento da teoria psicológica sobre este traço e a elaboração dos comportamentos que os representam (itens) por experts; **procedimentos empíricos**: definição de uma amostra representativa e aplicação dos itens a estes sujeitos para qual o teste está sendo construído; **procedimento analítico**: demonstração da adequação do modelo aos dados empíricos, através da análise fatorial.

Outro fator de grande relevância na discussão metodológica da elaboração de escalas é a definição de **fidedignidade, confiabilidade ou precisão** de um teste. Significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, medindo os

mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos, isto é, a correlação entre estas duas medidas deve ser igual a 1. Entretanto, como sempre existem fatores perturbadores ou *confounding variables* em todas as experiências científicas, o erro está sempre presente em qualquer medida³⁷. Uma das técnicas de estimar a precisão de um teste em uma única aplicação é através da análise da consistência interna dos itens, isto é, verificando a congruência que cada item do teste tem com o restante dos itens do mesmo teste. Assim, quanto menos variabilidade um mesmo item produz numa amostra de sujeitos, menos erros ele provocará. Uma análise estimativa da confiabilidade do teste pode ser efetuada pela fórmula de Cronbach, através do seu Coeficiente Alfa: quanto mais próximo de 1, mais homogêneos são os itens entre si e maior é a consistência interna do teste, ou seja, mais preciso ele conseguirá medir aquilo que ele se propõe a medir³⁵.

A Análise Fatorial conduzida pelo presente estudo (Tabelas 1 e 2 e Quadro 1), que validou o AQ-26B, apresentou cargas fatoriais altas (todas acima de 0,65 - com exceção da Q6 = 0,52) o que caracterizou uma correlação forte de cada variável (questão) com o fator correspondente (validade de constructo). No que se refere à confiabilidade da consistência interna, que avalia o grau de congruência que cada item do teste tem com o restante dos itens do mesmo teste (precisão da medida), a versão brasileira (AQ-26B) apresentou Alfa de Cronbach geral para a escala de 0,83 semelhante aos estudos portugueses – Sousa et al.³¹, Marques, Barbosa e Queirós³⁸ e Barrantes³⁹ (2010), respectivamente (0,88), (0,76), (0,83) e italianos – Pingani et al.³⁰ e Pingani et al.²⁹, respectivamente (0,68) e (0,81). No entanto, quando considerados os fatores isoladamente, o AQ-26B apresentou valores baixos de confiabilidade interna para Responsabilidade (F7) e Coerção (F8), respectivamente, 0,49 e 0,33. Esse achado coincidiu com dois estudos portugueses e um italiano. Em Sousa et al.³¹, os resultados foram de 0,13 (Responsabilização) e 0,21 (Coerção), em Marques, Barbosa e Queirós³⁸ foram de 0,42 (Responsabilização) e 0,37 (Coerção) e em Pingani et al.³⁰ foram de 0,48 (Responsabilização) e 0,63 (Coerção). Os dois últimos incluíram alunos das áreas da saúde, o que pode ter contribuído para um resultado mais parecido com o encontrado em nosso estudo.

Assim como para a definição do AQ-26B, Brown²⁸ também aplicou uma análise fatorial exploratória do AQ-27, versão original em inglês, com o intuito de estudar mais detalhadamente suas propriedades psicométricas. O autor estudou 677 alunos de psicologia de uma instituição de ensino americana e concluiu que uma solução de seis fatores representava uma variância total explicada de 65,29%, um pouco abaixo dos 68,9% encontrada nesse estudo. Os valores de confiabilidade avaliados pelo Alfa de Cronbach para cada um dos seis fatores analisados variou de 0,60 a 0,93, sendo o mais baixo relativo ao fator Responsabilidade e o mais alto relacionado

aos fatores Medo/Percepção de Perigo. A Q11 (Até que ponto acha que é controlável a causa da situação atual de José?), que está originalmente relacionada ao fator Responsibility²⁵, foi retirada do AQ-26B. Como descrito nos resultados, observou-se um baixo valor de comunalidade (0,29), na Q 11. Esse resultado sugere que os alunos não compreenderam claramente o significado desse item da escala. Durante o piloto, realizado após a adaptação transcultural da tradução brasileira, esta foi a única questão que suscitou dúvida de compreensão entre os alunos, confirmada pela análise fatorial. Aparentemente, é mais difícil elaborar itens relacionados à ideia de responsabilizar o portador de transtorno mental pela causa da sua doença, em inglês – *responsability*. A complexidade do fator e as dificuldades linguísticas relacionadas à expressão clara do significado latente indicam maior dificuldade de mensuração desse fator. Isso não foi identificado nos fatores Intolerância e Pena, que apesar de serem representados por apenas duas questões, não apresentaram dificuldade de compressão por parte dos alunos estudados. A reformulação do item *responsability*, na língua portuguesa, ou mesmo a inclusão de mais itens que tragam o mesmo traço latente implícito no questionário original, poderiam contribuir com a melhora da confiabilidade da consistência interna desse item o que acarretaria em uma melhora dos parâmetros psicométricos da escala como um todo. O Fator Coerção, originalmente *Coercion* (inglês)/*Coacção* (português de Portugal) apresentou uma mudança do número de itens, com a perda da Q25 para o fator Segregação. Isso pode ter contribuído com os parâmetros psicométricos encontrados posteriormente para esse fator. Não obstante esses achados optou-se por manter esses dois fatores no AQ-26B por representarem uma percentagem importante da variância explicada (10,8%), além de estarem coerentes com os pressupostos teóricos que embasaram a escala original²⁵. Por outro lado, o fator Medo apresentou os maiores valores de Alfa de Cronbach nas versões já validadas em inglês e italiano. Possivelmente é o fator mais fácil e evidente de ser compreendido, independente do perfil e contexto histórico e cultural dos pesquisados. Além disso, no AQ-26B houve fusão dos fatores Medo e Percepção de Perigo (*Dangerousness*). Os alunos de medicina não estabeleceram uma distinção clara entre esses dois fatores, que na realidade traduzem traços latentes muito próximos em significado. Na versão original do questionário, a Percepção de Perigo (*Dangerousness*) representa o estereótipo dos portadores de transtornos mentais, imprevisíveis e violentos. Já o fator Medo está mais relacionado à reação emocional de autopreservação, provocada pelo estereótipo descrito. Como se pode observar, a reorganização de algumas questões na escala brasileira obedeceu uma certa coerência, de acordo com a interpretação dos alunos pesquisados.

A **Q1** (Eu me sentiria incomodado por José) antes no Fator *Anger/Irritação* foi mais identificada ao fator Medo. A **Q25** (Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, iria forçá-lo a viver numa moradia protegida para pessoas com transtornos mentais) antes no fator Coersão/Coação foi mais identificada ao Fator Segregação. A **Q27** (Até que ponto me preocuparia com José?) antes no fator Pena foi mais identificada com o fator Desamparo, originalmente (*Help/Ajuda*). É possível que essa redistribuição de questões, observada a partir da análise fatorial, esteja relacionada às características da amostra: apenas alunos de medicina, aspectos da cultura brasileira, ou da organização dos serviços de saúde, como previstos por Wild et al.⁴⁰ sobre a adaptação de instrumentos de pesquisa. Essas mudanças, além de fatores de natureza linguística e cultural, geraram a necessidade de modificação do nome de alguns fatores na versão brasileira com o intuito de se preservar maior coerência entre a distribuição das questões e seus fatores, tomando todos direcionados à estigmatização: *Anger/Irritação* - Intolerância; *Avoidance/Evitamento* - Afastamento; *Help/Ajuda* - Desamparo.

Em ampla revisão sobre a mensuração do estigma relacionado à doença mental, Link et al.²¹ identificaram, até então, 19 estudos experimentais e nove não experimentais em que vinhetas haviam sido utilizadas, representando 22,7% do total de estudos realizados. Segundo esses mesmos autores, a utilização de vinhetas permite aos pesquisadores oferecer um estímulo mais elaborado do que apenas responder perguntas sobre doenças mentais. Além disso, a possibilidade de manipulação do conteúdo das vinhetas traz a vantagem de se testar hipóteses em estudos experimentais, de forma prática e barata e em diferentes populações. É importante reconhecer também, que a vinheta representa uma situação hipotética, não substituindo inteiramente a atitude de alguém na presença de uma pessoa real. Apesar dessas dificuldades, mostra-se um instrumento útil na composição de ferramentas para se mensurar o estigma.

CONCLUSÃO

O estudo em curso foi o único que verificou as propriedades psicométricas da escala AQ-27, versão em português, através de análise fatorial. A versão final brasileira do Questionário de Atribuição (AQ-26B) apresentou um fator a menos que a versão final de Corrigan et al.²⁵ e dois fatores a mais que o sugerido por Brown²⁸. A maior alteração consistiu na fusão dos fatores Medo e Percepção de Perigo (*Dangerousness/Perigosidade*). Apesar dessa alteração, o questionário brasileiro (AQ-26B) manteve parâmetros de validade e confiabilidade adequados observando-se coerência com o modelo original e o gerado pelo presente estudo. Além disso, se mostrou de fácil aplicação, podendo ser um instrumento útil para avaliar o estigma em relação à doença mental nas escolas médicas brasileiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harris C, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998 Jul;173(1):11-53.
2. Peluso ETP, Blay SL. Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Rev Bras. Psiquiatr*. 2011 June;33(2):130-136.
3. Loch AA, et al. O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. *Rev Psiq Clín*. 2011;38(5):173-7.
4. Peluso ETP, Blay SL. Community perception of mental disorders – a systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Dec;39(12):955-961.
5. Thornicroft G, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009 Jan;373(9661):408-415.
6. Angermeyer MC, Mastschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental health. *Acta Psychiatr. Scand*. 2003;108(4):304-309.
7. Corrigan P, et al. How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *Psychiatric Services*, 2005;56(5):544-550.
8. Crisp AH, et al. Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 2000 Jul;177(1):4-7.
9. Jones S, Howard L, Thornicroft G. ‘Diagnostic overshadowing’: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr. Scand*. 2008;118(3):169-171.
10. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005 Dec;20(8):529-539.
11. Link BG, et al. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Am. J. Sociol*. 1987 May;92(6):1461-1500.
12. Poreddi V, Thimmaiah R, Math SB. Attitudes toward people with mental illness among medical students. *J Neurosci Rural Pract*. 2015 Jul-Sep;6(3):349-354.
13. Kopera, M, et al. Evaluating explicit and implicit stigma of mental illness in mental health professionals and medical students. *Community Ment Health J*. 2015;51(5):628-634.
14. Neumann E, Obliers R, Albus C. Medical students' attitudes towards mental illness: a matter of studies or personality? *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2012 Feb;62(2):66-72. [Article in German]
15. Korszun A, et al. Medical student attitudes about mental illness: does medical-school education reduce stigma? *Acad Psychiatry*. 2012 May;36(3):197-204.
16. Llerena A, Cáceres MC, Peñas-Lledó EM. Schizophrenia stigma among medical and nursing undergraduates. *Eur Psychiatry*. 2002 Sep;17(5):298-299.
17. Mukherjee R, et al. The stigmatization of psychiatric illness: What attitudes do medical students and family physicians hold towards people with mental illness? *Psychiatr Bull*. 2002;26(1):178-181.
18. Goffman E. **Stigma**: notes on the management of spoiled identity. New York: Touchstone; 1963.

19. Kassam A et al. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians' attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta Psychiat. Scand.* 2010 Aug;122(2):153-161.
20. Brohan E et al. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res.* 2010 Mar;10(1):80.
21. Link BG. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull.* 2004;30(3):511-541.
22. Rodrigues CRC. Atitudes frente a doença mental: estudo transversal de uma amostra de profissionais de saúde. 1983. 148 p. Tese [Doutorado] - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto; 1983.
23. Pasquali L. Atitude frente ao doente mental. *Rev. psicol.* 1987 jan-jun;5(1):37-67.
24. Pasquali L. Atitude frente ao doente mental. *Rev. psicol.*, 1987 jul-dez;5(2):29-71.
25. Corrigan P et al. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J. Health Soc. Behav.* 2003 Jun;44(2):162-179.
26. Heider F. *The Psychology of interpersonal relations.* New York: Wiley; 1958.
27. Weiner B. A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgments of help-giving. *J Pers Soc Psychol.* 1980;39(2):186-200.
28. Brown SA. Factors and measurement of mental illness stigma: a psychometric examination of the Attribution Questionnaire. *Psychiatr. Rehabil. J.* 2008;32(2):89-94.
29. Pingani L, et al. Stigma and discrimination toward mental illness: translation and validation of the Italian version of the Attribution Questionnaire-27 (AQ-27-I). *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011 Jun;47(6):993-999.
30. Pingani L, et al. Stigma in the context of schools: analysis of the phenomenon of stigma in a population of university students. *BMC Psychiatry.* 2016 Feb;6:29.
31. Sousa S, et al. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother.* 2012;34(4):186-197.
32. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica.* 2007;41(4):665-673, 2007.
33. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 13 jun. 2013, Seção I, p. 59.
34. Kogan JR, Shea JA. Course evaluation in medical education. *Teach Teach Educ.* 2007 Apr;23(3):251-264.
35. Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psic: Teor e Pesq.* 2007;23(esp.):99-107.
36. Pasquali L. **Psicometria**: teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
37. Pasquali L. *Psicometria.* *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(Esp):992-9.
38. Marques A, Barbosa T, Queirós C. Stigma in mental health: perceptions of students who will be future health professionals. *Eur Psychiatry.* 2011;26(Supp. 1):1439.

39. Barrantes FJ. O estigma na esquizofrenia: atitude dos profissionais da saúde mental. Tese (Reabilitação Psicossocial - Perturbação Mental) - Universidade Católica Portuguesa, Porto; 2010.
40. Wild D et al. Multinational trials-recommendations on the translations required, approaches to using the same language in different countries, and the approaches to support pooling the data: the ISPOR Patient-Reported Outcomes Translation and Linguistic Validation Good Research Practices Task Force report. Value Health, 2009 Jun;12(4):430-440.

Tabela 1 - Avaliação dos parâmetros da análise fatorial para o modelo final do questionário de atribuição de estigma em relação ao portador de doença mental (AQ-26B)

Parâmetros de adequacidade	Valores ideais	Valores observados no estudo
KMO (MSA total)	$\geq 0,60$	0,86
Teste de esfericidade de Bartlett (p)	$< 0,05$	$< 0,0001$
MSA (questões individuais)	$\geq 0,50$	0,58 a 0,94
Alpha de <i>Cronbach</i> - fatores	$\geq 0,50$	0,33 a 0,92
Autovalores dos fatores	$> 1,0$	1,37 a 5,00
Total da variância explicada - 8 fatores (%)	$\geq 50\%$	68,9%
Carga fatorial das questões	$> 0,40$	0,52 a 0,91
Comunalidade	$\geq 0,50$	0,49 a 0,88

Tabela 2 - Cargas fatoriais, média (desvio-padrão), comunalidade (h^2) e medidas da adequabilidade da amostra baseados na Análise de Componentes principais com rotação VARIMAX em relação às 26 questões do questionário de Estigma (AQ-26B)

Questões	Análise de componentes principais								Média (dp)	h^2	MSA	
	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅	F ₆	F ₇	F ₈				
1. Eu me sentiria incomodado por José.	0,65									3,9 (2,3)	0,486	0,90
2. Eu me sentiria inseguro perto de José.	0,81									4,1 (2,2)	0,693	0,92
3. O José iria assustar-me.	0,82									3,3 (2,1)	0,723	0,92
4. Até que ponto ficaria zangado com José?						0,87				2,4 (1,7)	0,849	0,79
5. Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, pediria para ele tomar a medicação.								0,83		8,3 (1,4)	0,720	0,71
6. Penso que José coloca a sua vizinhança em risco se não for internado.			0,52							3,2 (2,2)	0,538	0,92
7. Se eu fosse um empregador, entrevistaria José para um emprego. (INV)				0,75						5,7 (2,6)	0,637	0,84
8. Eu estaria disposto a conversar com José sobre seus problemas. (INV)		0,65								7,3 (2,1)	0,566	0,85
9. Eu sentiria pena de José.					0,90					4,2 (2,6)	0,874	0,69
10. Eu pensaria que José é o culpado da sua situação atual.							0,83			1,3 (1,0)	0,700	0,58
12. Até que ponto se sentiria irritado com José?							0,85			2,6 (1,7)	0,845	0,79
13. Até que ponto sentiria que José é perigoso?	0,74									3,9 (1,9)	0,679	0,94
14. Até que ponto concorda que José deveria ser forçado a tratar-se com o seu médico mesmo que ele não quisesse?								0,70		5,8 (2,6)	0,621	0,87
15. Eu penso que seria melhor para a comunidade onde José está inserido se ele fosse colocado num hospital psiquiátrico.			0,80							2,5 (2,0)	0,742	0,86
16. Eu pegaria uma carona de carro com José, todos os dias. (INV)				0,73						4,0 (2,6)	0,602	0,86
17. Até que ponto acha que um hospício, onde José pudesse estar afastado da sua vizinhança, seria o melhor local para ele?			0,74							2,0 (1,6)	0,644	0,87
18. Eu me sentiria ameaçado por José.	0,79									3,0 (1,9)	0,738	0,92
19. Até que ponto sentiria medo de José?	0,85									3,2 (1,9)	0,790	0,89
20. Até que ponto estaria disposto a ajudar José? (INV)		0,84								7,8 (1,6)	0,776	0,75
21. Até que ponto tem a certeza de que iria ajudar José? (INV)		0,82								6,8 (1,9)	0,720	0,75
22. Até que ponto sentiria pena de José?					0,91					3,8 (2,5)	0,884	0,68
23. Até que ponto acha que José é responsável pela sua situação atual?							0,81			2,1 (1,8)	0,674	0,63
24. Até que ponto você se sentiria assustado por José?	0,81									3,3 (1,8)	0,741	0,93
25. Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, iria forçá-lo a viver numa moradia protegida para pessoas com transtornos mentais.			0,73							2,2 (1,8)	0,602	0,89
26. Se eu fosse o proprietário, provavelmente alugaria um apartamento para José. (INV)				0,73						5,7 (2,7)	0,581	0,85
27. Até que ponto me preocuparia com José? (INV)		0,66								6,4 (2,0)	0,500	0,85
Autovalor	5,0	2,4	2,4	1,9	1,9	1,7	1,4	1,4				
Porcentagem de Variância Explicada	19,2	9,1	9,1	7,1	7,1	6,5	5,5	5,3				→ Total = 68,9%
Alfa de Cronbach	0,92	0,74	0,76	0,66	0,89	0,84	0,49	0,33				

Nota: MSA: Medida da Adequabilidade da Amostra (*Measures of Sampling Adequacy*). h^2 : Comunalidade. Fatores: F₁ (Medo); F₂ (Desamparo); F₃ (Segregação); F₄ (Afastamento); F₅ (Pena); F₆ (Intolerância); F₇ (Responsabilidade) e F₈ (Coerção). INV: indica que a nota da questão foi invertida, p. ex. Q7_INV = 10-Q7. Medidas de avaliação da adequabilidade para a aplicação da Análise Fatorial: KMO: 0,86 e Teste de esfericidade de Bartlett: p < 0,0001. Devido ao baixo poder de discriminação (cargas fatoriais muito baixas) a questão de número 11 foi retirada para a composição dos índices, ou seja, foi considerada irrelevante.

Quadro 1 - Distribuição das questões do questionário em relação aos fatores, considerando as versões AQ-27, AQ-27VP e AQ-26B

AQ-27/AQ-27VP	Fatores/ Interpretação	Questões	AQ-26B	Fatores/ Interpretação	Questões
Fear/ Medo	Pessoas com TM provocam medo nas pessoas	Q3, Q19, Q24	Medo (F1)	Pessoas com TM provocam medo nas pessoas porque são imprevisíveis e violentas	Q1, Q2, Q3, Q13, Q18, Q19, Q24
Help/ Ajuda	Pessoas com TM precisam de assistência	Q8, Q20, Q21	Desamparo (F2)	Pessoas com transtornos mentais não merecem ajuda	Q8, Q20, Q21, Q27
Segregation/ Segregação	Pessoas com TM devem ser encaminhadas para instituições fora da comunidade	Q6, Q15, Q17	Segregação (F3)	Idem	Q6, Q15, Q17, Q25
Avoidance/ Evitamento	Não desejo conviver com pessoas com TM	Q7, Q16, Q26	Afastamento (F4)	Idem	Q7, Q16, Q26
Pity/ Pena	Pessoas com TM são tomadas pela sua doença, merecendo preocupação e pena	Q9, Q22, Q27	Pena (F5)	Idem	Q9, Q22
Anger/Irritação	Pessoas com TM são culpadas por terem a sua doença e provocarem raiva em outras pessoas	Q1, Q4, Q12	Intolerância (F6)	Idem	Q4, Q12
Responsability/ Responsabilidade	Pessoas com TM podem controlar seus sintomas e são responsáveis pela sua doença	Q10, Q11, Q23	Responsabilização (F7)	Idem	Q10, Q23
Coercion/Coação	Pessoas com TM devem se submeter ao tratamento	Q5, Q14, Q25	Coerção (F8)	Idem	Q5, Q14
Dangerousness/ Perigosidade	Pessoas com TM são imprevisíveis e violentas	Q2, Q13, Q18	-	-	-

Nota: A Q11 foi retirada do modelo do estudo.

AQ-27 - Original em inglês; AQ-27VP - original em português; AQ-26B - versão brasileira; Em vermelho são destacadas as questões que mudaram de fator ou constructo; F: Fator