

ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

Ana Rita Teixeira Fonseca

“O PODER DE UMA BOA AÇÃO”: O IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO
NO COMBATE AO ESTIGMA FACE À DOENÇA MENTAL EM ALUNOS DO
1º CICLO.

Dissertação submetida à Escola Superior de Saúde do Porto (ESS-PP) para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia Ocupacional, com especialização em Saúde Mental, elaborada sob a orientação científica da Doutora Sara de Sousa (ESS-IPP) e co-orientador Dr. João Viana (ESS-IPP).

FEVEREIRO, 2018

Dedicatória

A todas as crianças.

Aquele ser humano que, sem falsas intenções e objetivos secundários, com enriquecimento e boas experiências têm a capacidade de virar o mundo do avesso, tornando-o melhor, mais limpo e desprovido de estigma.

“Acho que devia haver uma regra que determinasse que todas as pessoas do mundo tinham que ser aplaudidas de pé pelo menos uma vez na vida.”

*Livro: Wonder, Encantador
R.J. Palacio*

Agradecimentos

À Doutora Sara de Sousa e Dr. João Viana, pela disponibilidade, dedicação, compreensão de *timings* e pelo reforço positivo que me conferiam ao longo desta jornada.

A todos os ATL's e pais que aceitaram e permitiram que as suas crianças fizessem parte deste trabalho, contribuindo para uma sociedade mais limpa de estigma.

Aos meus pais, Alberto e Rosa, os grandes mentores de todo este projeto. Pelo apoio incansável, pelo mimo, pela motivação, por me fazerem acreditar que não há impossíveis e por não me deixarem desistir mesmo quando nada faz prever que vai dar certo.

Ao meu irmão Ivo e cunhada Cristina, por estarem sempre presentes, por me ensinarem a ser família e me conferirem o grande privilégio e desafio de ser madrinha da nossa “piolha” Beatriz. Para ela vai também o meu obrigada por todos os momentos de alegria genuína que só uma criança sabe dar.

Ao Simão, pela ajuda, paciência e por nunca me fazer desistir dos meus objetivos. Obrigada por me ensinares que somos o nosso próprio controlo remoto e não podemos simplesmente fazer zapping da nossa vida.

À minha restante e pequena família, os meus outros pilares, por acreditarem em mim e enaltecereem a minha força de vontade.

Às minhas quatro estrelas, que de repente e de forma involuntária mudaram de casa e tornaram o céu mais brilhante, o meu muito obrigada por continuarem a guiar a minha história de vida. A vida foi injusta, partiram antes do tempo, mas sei que se não fosse por vocês, pela vossa força e vontade de viver, provavelmente já teria desistido. Tenho pena que não sejam eternos. Avó Gustinha, avô Zé, avô Alcino e tio Fernando.

Às melhores pessoas que a faculdade me trouxe, por serem as razões que a própria razão não explica. Teresa, que mais que madrinha de praxe, é irmã, amiga, companheira da todas as horas e Andreia (Dudu) por toda a paciência, carinho, amizade e pela ajuda incansável nesta luta.

Aos meus restantes companheiros de curso, que cimentaram o valor de amizade e que, por muito que o tempo passe e que a distância aumente, fazem com que o sentimento permaneça. Vocês sabem quem são. Sintam-se representados.

Às minhas melhores amigas Sofia e Carolina, por saberem eternizar o valor de amizade, pelos cafés, pelos desabafos, por ouvirem as minhas frustrações e por me ajudarem a ver a vida tal como ela é.

Às minhas mais recentes aquisições, mas não menos válidas, colegas de trabalho que se tornaram grandes amigas, grandes pilares e fantásticos exemplos. À Sofia, Iracema, Marta e Brígida por toda a força e incentivo nos momentos mais difíceis, o meu muito obrigada por me deixarem entrar nas vossas vidas.

Por fim, segue também o meu agradecimento à APADIMP, minha entidade patronal, por toda a ajuda, apoio e compreensão ao longo de toda esta jornada difícil. Obrigada por me incentivarem a trabalhar neste tema tão sensível e que se enquadra diariamente na nossa realidade.

Resumo

Perante a necessidade de prevenir a doença mental o mais precocemente possível, torna-se essencial combater o estigma, uma das principais barreiras à não adesão ao tratamento e à recusa na procura de ajuda. Existe também cada vez mais evidência de que as atitudes estigmatizantes começam desde cedo, nomeadamente, na fase infantojuvenil. Assim, o objetivo deste estudo passa por verificar o impacto de um programa de 3 sessões no combate ao estigma em crianças do 1º Ciclo, com recurso a uma leitura encenada de uma história de contacto e trabalho de expressão plástica. Este estudo assenta na hipótese de que intervenções estruturadas e centradas nesta faixa etária são eficazes na diminuição do estigma face à doença mental.

A amostra é constituída por 75 indivíduos com idades entre os 6 e os 11 anos, sendo que 45 foram alocados ao grupo experimental e 30 ao grupo de controlo. Ambos foram submetidos a uma avaliação pré e pós intervenção através do preenchimento do questionário de Atribuição AQ-8-C.

A um nível de significância de 0,050, constata-se uma diminuição estatisticamente significativa nas atitudes estigmatizantes no grupo experimental ($p=0,000$) entre os momentos pré e pós intervenção, no entanto o mesmo não se verificou no grupo de controlo ($p=0,178$). Através do teste ANOVA, verifica-se que as diferenças encontradas entre os momentos de avaliação foram significativamente influenciadas pelo grupo de intervenção do qual os participantes faziam parte ($p=0,000$), o que significa que a intervenção realizada no grupo experimental gerou impacto sobre as atitudes estigmatizantes.

Em conclusão, o presente estudo mostra que o programa de intervenção surtiu um efeito significativo, tendo diminuído as atitudes estigmatizantes no grupo experimental. No entanto, dadas suas limitações metodológicas, ressalva-se a importância de, em estudos futuros, se incluir uma amostra de maiores dimensões. Deve também haver um follow-up, a fim de averiguar a manutenção dos resultados. Para além disso, torna-se igualmente essencial a criação de metodologias criteriosas e ajustadas à faixa etária em estudo, a fim de criar mais robustez sobre a influencia destes programas de intervenção no combate ao estigma.

Palavras-chave: Estigma; Doença Mental; Crianças; 1º ciclo; Programa de intervenção;

Abstract

Given the need to prevent mental illness in its early stages, it is essential to address the stigma that surrounds the condition, which represents one of the main barriers to non-compliance with treatment and refusal to search for help. There is also growing evidence that those stigmatizing attitudes start to occur early in a child's development stages. Therefore, the purpose of this study is to assess the impact that a 3 session program to fight against stigma, using a staged reading of a contact story and plastic expression work, can have on children at the primary school. The study is based on the premise that structured actions aimed at this age bracket are effective in diminishing the stigma associated with mental health.

The sample is made from 75 individuals from ages ranging from 6 to 11 years old, where 45 of those individuals were allocated to the experimental group and the remaining 30 were assigned to the control group. Both groups went through a pre and post intervention evaluation in the form of an AQ-8-C Attribution quiz.

At a significance level of 0,050, there is a statistically relevant reduction in stigmatizing attitudes on the experimental group ($p=0,000$) in-between the pre and post evaluation instances. However, those same differences were not ascertained in the control group ($p=0,178$). Through the ANOVA test, it was possible to attest that the differences found between the evaluation moments were significantly influenced by the intervention group from which the participants were a part of ($p=0,000$). This means that the intervention performed in the experimental group had an impact on the stigmatizing attitudes.

In conclusion, the present study shows that the intervention program had a significant effect, having diminished the stigmatizing attitudes in the experimental group. Nevertheless, given the study's methodological constraints, it is important to note that, in future studies, the focus group should be larger. There should also be a follow-up in order to examine the maintenance of results through time. In addition to that, the creation of thorough methods properly adapted to the age bracket under study would strengthen the influence of programs focused on the fight against stigma.

Keywords: Stigma; Mental Illness; Children; Primary School; Intervention Program.

Índice

Introdução	1
CAPÍTULO I	
Enquadramento Teórico	4
O conceito de Estigma	4
O Estigma e a Saúde Mental.....	6
O estigma, as crianças e o contexto escolar	8
CAPÍTULO II	
Métodos.....	13
1. Metodologia	13
1.1. Desenho de Estudo.....	13
1.2. Participantes.....	14
1.3. Instrumentos.....	15
1.4. Procedimentos.....	16
1.5. Tratamento de dados	17
CAPÍTULO III	
Resultados.....	20
CAPÍTULO IV	
Discussão.....	27
Conclusão.....	35
Referências Bibliográficas.....	37
ANEXOS.....	
Anexo 1 - Consentimento Informado	40
Anexo 2 - Questionário Sociodemográfico.....	41
Anexo 3 - AQ-8-C	42
Anexo 4 - Algumas ilustrações do momento criativo.....	45

Índice de Abreviaturas

GE – Grupo experimental;

GC – Grupo de controlo;

n = número de participantes;

% = frequência relativa;

M= Média;

DP= Desvio Padrão;

Min= Mínimo;

Max = Máximo;

NEE – Necessidades Educativas Especiais.

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos grupos experimental (GE) e controlo (GC) em termos de N/percentagem	21
Tabela 2 –Comparação da variável Estigma total entre os grupos e entre avaliação pré e pós-intervenção	23
Tabela 3 - Resultados da análise do efeito da intervenção na variável “Estigma”	24
Tabela 4 –Comparação dos domínios do AQ-8-C entre avaliação pré e pós-intervenção para o grupo experimental.	25
Tabela 5 - Comparação do estigma por género e ano escolar no grupo experimental. ...	26

Índice de figuras

Ilustração 1 - Diagrama Consort com o progresso das fases de seleção da amostra incluindo o recrutamento, a alocação, monitorização e análise.....	15
Ilustração 2 - Médias estimadas de incapacidade em cada momento, por grupo.....	24

Introdução

Atendendo à necessidade de prevenir problemas de saúde mental o mais precocemente possível, é fundamental, mas não suficiente, o aumento da informação acerca da saúde mental. Dados recentes, retirados do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e segundo a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde, estima-se que uma em cada cinco crianças apresente problemas de saúde mental (Gonçalves & Moleiro, 2016; PNSM 2007-2016/ DGE, 2017). Apesar do sofrimento associado e todas as condicionantes que a patologia acarreta em termos funcionais, a falta de acesso aos serviços de saúde mental continua a constituir uma barreira para o despiste e intervenção precoce (Gonçalves et al., 2016).

O conceito saúde mental define-se como um estado de completo bem-estar físico, mental e social que permite ao indivíduo obter ótimo nível de funcionamento na comunidade, não traduzindo, porém, ausência de perturbação (WHO | Portugal, 2018). Por outras palavras, não se trata apenas da ausência de doença, mas sim um bem-estar em que nos permite responder de forma positiva às adversidades, desempenhando um papel ativo na sociedade, contribuindo de forma produtiva e mantendo relações interpessoais satisfatórias (Monteiro et al, 2012; WHO | Portugal, 2018).

Perante isto, torna-se primordial criar uma intervenção sustentada quer nos aspetos específicos da patologia quer no estigma associado à mesma que, nos dias de hoje, acaba por se tornar um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde mental. Há cada vez mais evidência de que as limitações ao nível das respostas para os problemas de saúde mental incluem o estigma em torno da doença e que as atitudes estigmatizantes começam desde cedo, nomeadamente, na fase infantojuvenil (Mellor, 2014).

Atualmente, há um reconhecimento nacional e internacional de que essa questão deva ser priorizada e, por essa mesma razão, se torne pertinente incluir essa abordagem no processo educacional da população mais jovem (WHO | Portugal, 2018).

Não obstante, a literatura existente sobre a temática é ainda escassa no que se refere a esta população pelo que, diversos autores alertam para a necessidade em criar mais evidência e mais programas interventivos nesta área (Atkins et al., 2010; Monteiro et al., 2012; Mukolo et al., 2010; Wells et al., 2013).

Para atingir o fim a que nos propomos, apresenta-se no primeiro capítulo o enquadramento teórico, que aborda os conceitos de Estigma e Saúde Mental, bem como

evidência sobre o trabalho de desmistificação realizado em contexto escolar. No segundo capítulo desenvolve-se o estudo empírico através da explanação da metodologia desta investigação, no terceiro a apresentação dos resultados, o quarto a discussão dos mesmos e por fim, a conclusão do trabalho realizado.

Face ao exposto, o presente estudo pretendeu avaliar o impacto de um programa de intervenção estruturado e construído por nós, para a diminuição do estigma associado à doença mental em crianças do 1º Ciclo de escolaridade, do distrito do Porto.

CAPÍTULO I - Enquadramento Teórico

Enquadramento Teórico

Neste primeiro capítulo encontra-se descrita a teoria que serviu de enquadramento ao estudo apresentado. Começaremos por apresentar algumas considerações gerais sobre o conceito de estigma. De seguida exploraremos a sua conceptualização e diferentes abordagens no combate ao mesmo. Posteriormente, iremos correlacionar os conceitos estigma e saúde mental, centralizando para a população alvo e, para finalizar é feita referência às intervenções realizadas em contexto escolar, abordando as práticas e impacto, tema central deste trabalho.

O conceito de Estigma

Segundo *Erving Goffman*, um dos primeiros autores a expor este conceito, pensa-se que o estigma foi introduzido pelos gregos e surgiu para fazer referência a sinais corporais desenhados com o objetivo de ridiculizar moral e socialmente os indivíduos retratados (Goffman, 1963; Kurzban et al., 2001; Wahl, 1999). Escravos, criminosos e traidores apresentavam sinais de mutilação no seu corpo para que pudessem ser vistos como desonrados e indesejáveis. Ou seja, nesta altura, o estigma era visto como uma característica física que demonstrasse que os detentores deviam ser menosprezados, evitados e vistos como inferiores (Wahl, 1999).

Anos mais tarde, com o aparecimento do Cristianismo, o conceito de estigma passou a ser considerado como uma punição, pela associação às feridas de Cristo e ao sofrimento a que foi sujeito (Kurzban et al, 2001).

Perante isto, acreditava-se que o estigma se caracterizava por um atributo real / inferido que prejudicava a reputação do indivíduo, degradando-o e colocando-o num nível socialmente desconsiderado (Goffman, 1963; Mukolo et al., 2010; Slattery, 2003).

Em meados de 1984, *Jones* e colaboradores, levantaram novamente a questão sobre a definição do conceito. As marcas físicas foram substituídas por “rótulos sociais” e, conseqüentemente, o conceito de estigma evoluiu. O conceito “marca” passou então a ser entendido como um descritor que engloba um conjunto de condições consideradas desviantes por uma sociedade. Deste modo, qualquer atributo físico, pessoal, psicológico ou social indesejável podia ser “marca” de vergonha, desgraça, desaprovação e desmérito,

que diminuía a identidade social do sujeito, fazendo com que este visse rejeitado pela sociedade em que está inserido (Link et al., 2004; Slattery, 2003).

Assim, a sociedade e os elementos que dela fazem parte, com os seus padrões de normalidade eram tidos como os “outros”, os ditos “normais”, que discriminam e criam a ideologia do “imperfeito” para poderem justificar o preconceito (Slattery, 2003).

Não obstante, *Slattery* (2003), acrescentou que, quer os ditos “normais”, quer os “estigmatizados” não eram dois grupos distintos de pessoas, mas sim duas faces do estigma (Slattery, 2003; Watson et al., 2017).

Nos dias de hoje, o estigma pode ser entendido como um conjunto de atitudes, crenças e pensamentos negativos que influenciam o indivíduo, ou o público em geral, e que resultam em comportamentos de medo, rejeição, evitamento, preconceito e discriminação (Mikolon et al., 2016; Pinto-Foltz et al., 2009).

O estigma é um conceito que justifica as tendências da maioria para limitar os direitos das pessoas em grupos desrespeitados, como por exemplo, pobres, criminosos, homossexuais, portadores de deficiência física ou intelectual, pessoas com doença mental, entre outros (Hinshaw et al., 2008). Deste modo, o estigma não faz parte da pessoa, não a caracteriza em termos físicos nem mentais. Não passa de um “rótulo” social criado pela sociedade e que coloca a pessoa à parte do núcleo (Huygen, 2006). Consequentemente, a pessoa estigmatizada é marcada como “socialmente inaceitável”, sendo tida como menos digna do respeito dos outros ou da sua inclusão em sociedade (Mikolon et al., 2016; Watson et al., 2007).

Por seu turno, a estigmatização pode desencadear uma descriminação negativa, que acarreta limitações em termos de acesso a serviços de saúde, educacionais e oportunidades de vida (Mikolon et al., 2016; Watson et al., 2007). Por consequência das avaliações negativas a que é sujeito, advém a deterioração da autoestima, comprometimento da identidade pessoal e aumento de fatores stressores que podem assim amplificar o “rótulo”, identificando o indivíduo como “diferente”, o estigmatizado (Hochman, 2007; Mikolon et al., 2016; Mukolo et al., 2010; Phillips et al., 2002).

O Modelo Cognitivo-Social, surgiu em meados de 2000, proposto por *Corrigan* e pretendeu explicar a cadeia de acontecimentos que nos conduzem ao estigma. Primeiro surgem os estímulos discriminativos (sinais), seguidamente os mediadores cognitivos (estereótipos e preconceitos) e por fim, resultado desse percurso, o comportamento

consequente (discriminação)(Sousa et al., 2012).De acordo com este modelo, o estigma é conceptualizado como sendo dividido em três elementos fundamentais: estereótipo, preconceito e discriminação (Corrigan et al., 2000; Corrigan et al., 2012; Corrigan et al., 2001; Sousa et al., 2012).

Também *Thornicroft* e seus colaboradores (2007), analisaram as diferentes conceptualizações do estigma e conceberam uma nova análise do processo de estigmatização. Estes propuseram que o mesmo se descreve com base nos seguintes princípios: problemas de conhecimento (ignorância ou informação errada), problemas de atitude (preconceitos) e os problemas de comportamento (discriminação)(*Thornicroft et al.*, 2007). Estes autores, assumem que o maior desafio para o futuro é identificar quais as intervenções que poderão promover uma mudança de comportamento, de forma a reduzir a discriminação das pessoas com doença mental. De facto, a maior parte da literatura nesta área de pesquisa tem-se debruçado mais sobre as atitudes em relação a pessoas com doença mental e não propriamente em intervenções que tenham como objetivo reduzir o estigma (*Thornicroft et al.*, 2016).

O Estigma e a Saúde Mental

O conceito de saúde mental define-se como um estado de completo bem-estar físico, mental e social que permite ao indivíduo obter ótimo nível de funcionamento na comunidade, não traduzindo, porém, ausência de perturbação (WHO | Portugal, 2018). Por outras palavras, não se trata apenas da ausência de doença, mas sim um bem-estar em que nos permite responder de forma positiva às adversidades, desempenhando um papel ativo na sociedade, contribuindo de forma produtiva e mantendo relações interpessoais satisfatórias (*Monteiro et al.*, 2007).

A pessoa com doença mental, qualquer que seja o seu contexto social, é especialmente vulnerável a situações de estigma e exclusão social, com impactos significativos na sua qualidade de vida, na acessibilidade aos cuidados de saúde mental e na integração sociocomunitária (*O'Connor*, 2017).

Estas atitudes estigmatizantes, que se tendem a manter mesmo quando a pessoa recupera da sua condição, traduzem-se em alegorias, fortemente enraizadas na sociedade, que titulam a pessoa com experiência de doença mental como perigosa e violenta, menos inteligente, incompetente e incapaz de permanecer num emprego, indolente e responsável

pela sua doença. (Ahmedani, 2011; Ndetei et al., 2015; Pejovic-Milovancevic et al., 2009).

Apesar de reduzida, a literatura existente sobre os comportamentos estigmatizantes dos mais jovens, é possível observar em alguns estudos que as atitudes estigmatizantes relativamente às doenças mentais se expressam, principalmente, em relação aos seus pares com experiência de doença mental (Atkins et al., 2010; Mellor, 2014).

No que concerne às estratégias consensualmente apontadas como fomentadoras da redução do estigma social, a educação e o contacto (direto e/ou indireto) são os dois eixos fundamentais das abordagens que visam incentivar as atitudes de aceitação da doença (Griffiths et al., 2014; Mellor, 2014). A educação tem como objetivo divulgar a informação correta ao público, para que este possa mudar as atitudes estigmatizantes e tomar decisões mais conscientes sobre a doença mental, substituindo, cognitivamente, mitos por factos reais (Atkins et al., 2010; Corrigan et al., 2001; Griffiths et al., 2014; Mellor, 2014). No que respeita à estratégia de contacto, esta pretende promover o contacto interpessoal, seja com pessoas com experiência de doença mental ou com relatos de experiências, como o caso das histórias de contacto, através de interações proficientes que contribuam para desmistificar e consolidar as relações sociais entre os vários grupos (Corrigan et al., 2001; Oliveira et al., 2012).

Estudos recentes demonstram que esta última estratégia é a que revela um maior potencial no combate ao estigma na doença mental e que apresenta maior eficácia junto da população jovem (Ahuja et al., 2017; Chisholm et al., 2012). Contudo, torna-se imperativo que uma intervenção com base na utilização de estratégias de contacto tenha em consideração a componente educativa para ajudar as pessoas a interpretar as suas experiências nesse contacto (Ahuja et al., 2017; Maulik et al., 2017). Assim sendo, a educação deve constituir o ponto de partida para todos os programas de intervenção de redução de estigma, tornando-se mais efetiva em termos de generalização para a comunidade, acrescentando o contacto (Ahuja et al., 2017; Bulanda et al., 2012; Mellor, 2014).

Ainda assim, é possível depreender que os programas de prevenção e intervenção na área da saúde mental para a redução do estigma, se conciliarem ambas as abordagens serão mais eficazes. Estes programas devem incluir uma intervenção ampla e universal que promova a desmistificação da doença e uma maior empatia e confiança para com a

temática. Para além disso, devem ainda procurar incidir sobre grupos específicos, como a população infantojuvenil, e ser implementados em locais singulares como escolas, por se tratar de um contexto chave de vivências e aquisição de estilos de vida. Não obstante, é igualmente essencial procurar alcançar os seus pares sem essa experiência fomentando um ambiente escolar facilitador de inclusão (Ahuja et al., 2017; Chia et al., 2012; Crosnoe et al., 2008; Pinto-Foltz et al., 2011; Skre et al., 2013; Snyder, 2015).

O estigma, as crianças e o contexto escolar

Entender a forma como a nossa sociedade interpreta estereótipos envolve uma avaliação dos comportamentos, crenças e conhecimentos das crianças, assim como da sua experiência sobre o estigma (Link et al., 2004). Exemplo disso é estudo de Wilson et al., (1999) mostra-nos que as crianças estão expostas a estereótipos através dos desenhos animados (Wilson et al., 1999). Também o estudo de *Adler et al.* (1998) mostra que os alunos do 3º ano tinham aprendido que as doenças mentais são “más” (Adler et al., 1998). Posto isto, torna-se primordial compreender a forma como as crianças conceptualizam a diferença, assumem atitudes estigmatizantes sobre a doença mental e de forma é que as experiências educacionais podem gerar alterações positivas sobre as crenças e pré conceitos (Csongor et al., 2016; Link et al., 2004).

Se tivermos em consideração o facto de o estigma advir das interações sociais, o período de desenvolvimento em que se encontram e as crenças que lhe são impostas pelos adultos e sociedade em geral, as crianças, podem ser o alvo mais fácil para as consequências do estigma (Atkins et al., 2010; Mukolo et al., 2010). A influência de adultos, como pais e professores, desempenha também um papel inequívoco na formação e perpetuação de atitudes negativas em relação à doença mental, já que estes são tidos como modelos de aprendizagem (Ventieri et al., 2011).

De facto, existe já bibliografia que sustenta que as atitudes estigmatizantes e os comportamentos discriminatórios em relação a pessoas com doença mental, são reconhecidas em crianças (Oduguwa et al., 2017).

Na Nigéria, como em muitos outros países e culturas, não é incomum ver as crianças a provocar pessoas com doenças mentais. Esse comportamento continua na idade adulta, como evidenciado pelas ocorrências do dia-a-dia de atitudes negativas e distância social de pessoas com doença mental (Oduguwa et al., 2017).

Não obstante, as crianças são igualmente reconhecidas como potenciais agentes de mudança, trazendo novas formas de pensar, perspetivar e agir. Para isso, torna-se importante pensar nos contextos que poderão proporcionar essa mudança, como é o caso do contexto escolar (Oduguwa et al., 2017; Pingani et al., 2016).

Segundo *Corrigan* e colaboradores (2012), o contexto escolar pode representar um papel fundamental na melhoria da saúde e na diminuição do estigma, tornando-se um espaço favorável à desmistificação de preconceitos associados aos problemas de saúde mental (Corrigan et al., 2012). A educação escolar pode mesmo ser encarada como o ponto de partida para abordar as questões da diferença associada aos problemas de saúde mental, que originam comportamentos discriminatórios e levam ao estigma (Monteiro et al., 2012).

Neste contexto, torna-se importante ter em consideração a natureza e a extensão do conhecimento das crianças sobre doenças mentais e, à medida que envelhecem, pode dar uma indicação da prontidão cognitiva para receber educação sobre o tema. Este é um passo importante no desenvolvimento de intervenções educacionais para crianças, porque garante que as crianças recebam informações sobre a doença mental, que não só são apropriadas ao seu nível de desenvolvimento, mas também permitem que compreendam a informação fornecida (Ventieri et al., 2011).

Um crescente número de pesquisas mostra-nos que a capacidade de as crianças entenderem tópicos mais complexos, como a doença mental, aumenta com a idade. Estudos anteriores relataram que os pré-adolescentes nos últimos anos da escola primária e nos primeiros anos do ensino médio compreendem e conceptualizam a doença mental de uma maneira mais sofisticada do que as crianças nas classes mais jovens do ensino primário. No entanto, apesar de existir esta tendência de –“quanto mais velho maior o entendimento “- a literatura ainda é escassa, existindo a necessidade de criar e incutir intervenções educacionais adequadamente direcionadas (Ventieri et al., 2011).

Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Escolar (Despacho 12045/2006) reconhece a necessidade de definir metas de saúde e prioridades baseadas na evidência científica, com o objetivo de obter ganhos em saúde a médio e longo prazo para as crianças e adolescentes (Gonçalves et al., 2016; PNSM 2007-2016/ DGE, 2017). A legislação salienta a necessidade de planos de ação visando a promoção da saúde mental e o combate ao estigma da doença mental na infância e adolescência, salientando a sua importância no contexto escolar, por se tratar de um local central na vivência de crianças

e adolescentes e por desempenhar um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida e competências pessoais e sociais (Monteiro et al., 2012; Ndeti et al., 2015; Pingani et al., 2016).

Da mesma forma, os programas de intervenção ligados à área da saúde do Ministério da Educação incluem na sua génese uma intervenção específica na área da saúde mental, focalizada na prevenção da violência em meio escolar, particularmente relevante no atual cenário escolar e social. No entanto, não existem ainda dados que comprovem a existência de uma intervenção sustentada para a diminuição do estigma face à saúde mental no contexto referido, tornando-se pertinente investir nesta área (Gonçalves et al., 2016; Mukolo et al., 2010).

A nível nacional, apesar de existir uma crescente preocupação ao nível da prevenção e intervenção precoce no tratamento de problemas de saúde mental em crianças e jovens, existem poucas intervenções sistematizadas centradas na desmistificação e diminuição do estigma em saúde mental e/ou na redução do estigma associado à doença (Monteiro et al., 2012).

Ao intervir com faixa etária em estudo, torna-se necessário ter em atenção as características da amostra e a forma como se adapta o tema, para que estas se envolvam no mesmo. Para o efeito, torna-se fundamental estruturar o programa com atividades dinamizadoras e concordantes com as suas competências, tal como sugerido na literatura. Vários estudos sugerem que a intervenção anti estigma só se torna mais eficaz em contexto escolar quando adotadas estratégias criativas e dinâmicas para alertar e captar este público-alvo (Campos et al., 2012; Griffiths et al., 2014; Ventieri et al., 2011).

Deste modo, o presente estudo, ao criar um programa específico que procura incidir sobre as atitudes estigmatizantes dos participantes, corrobora o pressuposto de que métodos interativos, histórias, desenhos vídeos e afins, têm mais eficácia do que a leitura de material informativo ou formações presenciais sobre a patologia (Mellor, 2014; O'Connor, 2017).

Assim sendo, o programa aqui apresentado procurou recorrer a uma história infantil – “O poder de uma boa ação”, da autora Manuela Mota Ribeiro - inserida no plano nacional de leitura – que retrata a diferença e discriminação provocada por várias questões de saúde (Ribeiro, 2015). Com esta história de contacto, esperamos por em prática a estratégia de contacto (indireto), através da mobilização da mesma com recurso a uma

leitura encenada, a uma apresentação multimédia e ao desenho, e assim abordar a questão do estigma face à doença mental.

De um modo geral, a narrativa retrata a história de um menino com deficiência, chamado Luís que passava os seus dias à janela a observar o mundo exterior, até que a dado momento se apercebe de um senhor, de seu nome Adriano, a transportar dois garrafões de água para um lugar incerto e que fazia disso rotina. Num dado dia, o Sr. Adriano aborda Luís e sugere que ele o acompanhe para que possa desvendar o mistério dos garrafões. Luís, que era difícil sair de casa, aceitou o convite e fizeram-se ao caminho. Foi aí que alguns percalços foram acontecendo, como escadas e caminhos difíceis de ultrapassar com uma cadeira de rodas completamente desajustada. Entretanto surgem outras personagens como José, que tinha uma mancha na cara, e a sua professora de educação especial, que o ajudou a perspetivar a sua mancha como algo normal e a desvalorizar rótulos que lhe foram sendo impostos ao longo do seu percurso na escola como “cara de chocolate”. Estas duas personagens auxiliaram Luís a ultrapassar os obstáculos e elucidaram-no sobre todas as oportunidades que ele tinha ao seu dispor, quer ele tivesse alguma limitação ou não. Finalmente, o Luís conseguiu desvendar o mistério dos garrafões ao se aperceber que o Sr. Adriano levava todos os dias água para matar a sede às árvores centenárias.

Em suma, ao longo de uma jornada difícil, que inicialmente não passara de um mero convite para o retirar de casa, Luís teve a sorte de encontrar no seu caminho pessoas muito especiais e que fizeram a diferença na sua vida. Nesta história temos bem presente como uma pequena ação pode ter mais impacto do que uma mancha na face ou do que uma limitação motora. Uma boa ação pode efetivamente ter um enorme poder transformador bastando para isso, estar sempre atentos ao outro e às suas necessidades. Além disso, mostra-nos também que existem diferentes formas de reagir às situações, dependendo da forma de pensar e do conceito que cada um tem de si próprio.

Tendo em conta o exposto anteriormente e considerando que existe pouca evidência no que respeita à intervenção para diminuição do estigma na população infantil, consideramos pertinente perceber o impacto de um programa de intervenção anti-estigma, especificamente desenhado para esta faixa etária.

CAPÍTULO II - Métodos

Métodos

Neste capítulo apresenta-se a metodologia do estudo, descrevendo os objetivos e as hipóteses a testar, o desenho de estudo, assim como a descrição do tipo de amostra, os critérios de seleção dos participantes, a descrição dos instrumentos utilizados, os procedimentos realizados e análise estatística. A seguir, apresentaremos a análise, interpretação dos resultados obtidos, a discussão dos mesmos.

1. Metodologia

1.1. Desenho de Estudo

Tendo em consideração o objetivo estabelecido para esta investigação, recorreu-se a um desenho de estudo de teor quantitativo. Este permite uma avaliação mais precisa de variáveis pré-estabelecidas e tem por objetivo a verificação e explanação da influência sobre outras variáveis, ou seja, procura verificar qual a influência ou resultado de uma abordagem, que no nosso caso é a intervenção no combate ao estigma em crianças do 1º ciclo (DePoy, 2016).

O presente estudo tem por base uma investigação de natureza quasi-experimental (ensaio clínico não randomizado) uma vez que procedemos à comparação de um grupo de controlo e um grupo experimental sujeitos a diferentes tipos de intervenção e a seleção dos indivíduos que constituem a amostra não foi realizada aleatoriamente (Maroco, 2011).

Para o processo de análise da eficácia deste projeto foram aplicados dois questionários, em dois momentos distintos, nomeadamente antes e após a intervenção, afim de perceber se existem alterações nas atitudes estigmatizantes dos alunos.

Devido à sua tipologia, tornou-se primordial recorrer a métodos quantitativos para analisar as consequências da manipulação da variável independente, isto é, o programa de intervenção, sobre a variável dependente, o estigma. Os métodos para a concretização do estudo encontram-se descritos de seguida.

1.2. Participantes

Neste estudo foi utilizado um método de amostragem não probabilístico, tendo a amostra sido recrutada por conveniência, uma vez que não é exequível aceder a toda a população estudantil portuguesa (Maroco, 2011). Os indivíduos foram selecionados por facilidade de acesso e divididos por ambos os grupos tendo em consideração a disponibilidade da instituição que frequentam para a implementação da intervenção, no período de desenvolvimento do estudo.

Para a constituição da amostra foram considerados como critérios de inclusão ter no mínimo 6 anos de idade, frequentarem o primeiro ciclo de escolaridade e integrarem ATL's do distrito do Porto. Foram excluídos todos aqueles identificados e com currículos de necessidades educativas especiais (NEE).

Foi recrutada uma amostra de 83 participantes, provenientes dos ATL's Nível 5, *Follow Your Dreams*, Lápis Azul, O Miúdo, ATL da junta de Freguesia de Várzea da Ovelha, do Marco de Canaveses e da plataforma social de Amarante.

Como descrito no fluxograma (Figura 1), dos 83 destacaram-se 80 participantes com as características do presente estudo. Destes, 50 foram alocados no grupo experimental (GE) e 30 no grupo de controlo (GC). Porém, por indisponibilidade de horários, apenas foi possível incluir 45 participantes no GE. Deste modo, a amostra foi então constituída por um total de 75 participantes.

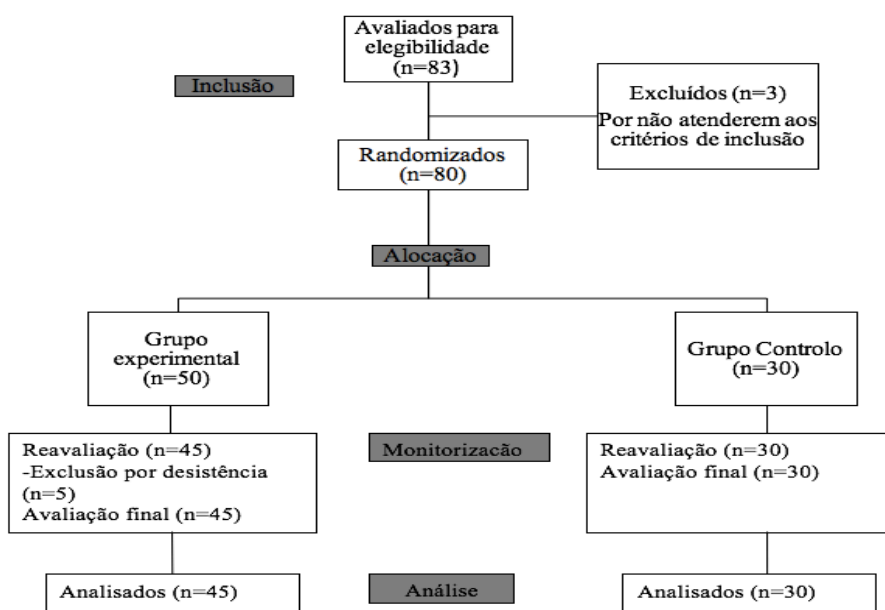


Ilustração 1 – Diagrama Consort com o progresso das fases de seleção da amostra incluindo o recrutamento, a alocação, monitorização e análise.

1.3. Instrumentos

Para analisar a variável dependente e compreender os efeitos do programa junto da comunidade estudada, concebeu-se uma estratégia de recolha de informação que se traduz num “conjunto coordenado de métodos, de procedimentos e de técnicas, considerados pertinentes em relação ao objetivo perseguido” (Maroco, 2011).

Deste modo, optou-se por elaborar um protocolo de avaliação, assente nos seguintes Instrumentos:

Questionário Sócio Demográfico (anexo 2) – Para recolha de informação descritiva sobre a amostra em estudo, incluindo variáveis como idade, género, situação escolar, situação familiar como composição do agregado familiar e informação sobre o encarregado de educação como grau de parentesco e nível de escolaridade.

Questionário de Atribuição AQ-8-C, (anexo 3) proveniente do questionário de atribuição AC-27 criado por *Corrigan* e traduzido e adaptado culturalmente por Sousa e colaboradores em 2008 (Corrigan et al., 1999; GSR | 2018; Sousa et al., 2012). Tendo em conta o propósito académico deste estudo e a sua utilização em estudos anteriores, inclusive em Portugal (Gonçalves et al., 2015), procedeu-se à sua tradução, com revisão por parte de um especialista de nível avançado em Inglês e adaptação da versão infantil, para que o estigma pudesse ser mensurado na faixa etária proposta. Face à escassez de evidência bibliográfica na avaliação do estigma e à falta de instrumentos avaliativos em crianças mais jovens, optou-se por seguir a metodologia de outros estudos que, utilizaram esta versão na população estudantil do 1º Ciclo (Gonçalves, 2016; Greenwood et al., 2016).

Este instrumento pretende avaliar, de forma global e quantitativa, a variável estigma através de nove fatores: Responsabilidade, Pena, Irritação, Perigosidade, Medo, Ajuda, Coação, Segregação e Evitamento (Pingani et al., 2016; Sousa et al., 2012).

Por sua vez, no AQ-8-C, os objetivos são exatamente os mesmos, no entanto a sua versão é mais simplificada e adaptada a faixa etária infantojuvenil. A variável em estudo

é então analisada através de 8 fatores, sendo eles: Culpa (crianças com alguma perturbação são responsáveis pela sua doença), Raiva (crianças com doença mental, são tidas como diferentes e a sociedade tem raiva/irritação por serem assim), Pena (crianças com doença mental são ultrapassadas pela sua doença e, portanto, merecem preocupação e pena), Perigosidade (as crianças com problemas mentais não são seguras), Medo (crianças com problemas são perigosas), Ajuda (este tipo de população necessita de ajuda), Segregação (estas crianças devem ser alocadas em instituições especializadas, longe da comunidade) e Evitamento (as crianças com perturbações não vivem em sociedade)(Gonçalves et al., 2016; Pingani et al., 2016; Sousa et al., 2012).

Para avaliar estes domínios acerca da doença mental, este questionário compreende 8 questões sobre a seguinte história de vida: “*O Pedro é um aluno novo na tua turma. Antes do primeiro dia do Pedro, o professor explicou que o Pedro apresenta problemas mentais e foi transferido de uma escola especial*” (Pingani et al., 2016; Sousa et al., 2012).

O instrumento de avaliação é de autopreenchimento, com questões fechadas e apresentadas numa escala *Likert* de 9 pontos, no qual 1 representa maioritariamente “não ou nada” e 9 “muito” ou “completamente”. De referir que em nenhum dos domínios a cotação deva ser invertida (Corrigan., 2012; Sousa et al., 2012).

No que concerne à cotação, esta é feita através dos oito estereótipos supramencionados, sendo que cada um engloba uma pergunta (Corrigan., 2012; Sousa et al., 2012). Quanto maior o score de cada domínio, tendo em consideração a escala de respostas, mais este está representado no sujeito, evidenciando mais atitudes estigmatizantes para com a doença mental (Pingani et al., 2016).

1.4. Procedimentos

Numa fase inicial, tornou-se fundamental traduzir a versão do questionário de atribuição AQ-8-C para a língua portuguesa e paralelamente proceder ao pedido de utilização da história “O poder de uma boa ação”, à autora Manuela Mota Ribeiro (Ribeiro, 2012).

Posteriormente, tornou-se pertinente realizar contactos via telefone e email para diferentes ATL’s do distrito do Porto. Aos que mostraram interesse em participar no mesmo foi proposto uma reunião presencial a fim de explicar todo o processo de estudo,

tendo sido sugerido a realização das devidas autorizações e consentimentos informados para que os pais autorizassem a participação dos menores.

O estudo foi apresentado à Comissão de ética (quando aplicado) e/ou aos representantes dos diferentes ATL's, tendo sido posteriormente aceite pelos mesmos. De seguida, procedeu-se à seleção da amostra na qual 83 participantes, foram autorizados a participar pelos devidos encarregados de educação, através do Consentimento Informado (anexo 1) segundo a Declaração de Helsínquia, onde se encontram descritos quais os objetivos e procedimentos do estudo e os termos de confidencialidade.

No grupo experimental, o projeto decorreu ao longo de 5 semanas nos meses de Junho e Julho de 2017, com um momento por semana: 1º momento: aplicação dos questionários pré-teste; 2º momento; leitura encenada de uma história infantil “O poder de uma boa ação” de Manuela Mota Ribeiro; 3º momento: mobilização da história em grupo através de uma apresentação multimédia sobre a mesma com posterior discussão, onde foram também abordados alguns exemplos mais direcionados para a doença mental, como o caso do “Pedro” (exemplo prático do questionário de atribuição AQ-8-C); 4º momento: Produção de desenhos alusivos à história com exposição dos mesmos no final; 5º momento: aplicação do questionário pós-teste. De referir que a mobilização dos vários momentos foi realizada pela investigadora, terapeuta ocupacional.

Relativamente ao grupo de controlo, apenas se realizaram 2 momentos, sendo os participantes sujeitos aos mesmos questionários, com um intervalo de 3 semanas por forma ser coincidente com o tempo de intervenção sobre o grupo experimental.

Importa ainda salientar que, os ATL's em causa solicitaram os resultados do presente estudo, sendo estes cedidos no final da sua realização.

1.5. Tratamento de dados

Após a reavaliação, os dados recolhidos no momento da avaliação e da reavaliação foram introduzidos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24, considerando um nível de significância de 0,050 e intervalo de confiança de 95%. Para efeitos de caracterização da amostra recorreu-se a estatística descritiva, sendo que as variáveis qualitativas foram caracterizadas em frequências absolutas (n) e frequências relativas (%) e para as variáveis quantitativas recorreu-se a medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

Relativamente à estatística inferencial, para verificar a presença de diferenças, significativas ou não, nas variáveis sociodemográficas e estigma (medido através do instrumento AQ-8-C) no GE e GC foi aplicado o teste t para amostras independentes, o teste t para amostras emparelhadas e teste não paramétrico do quiquadrado, consoante as características das variáveis em análise (Maroco, 2011).

Para verificar o efeito da intervenção (variável independente) sobre o estigma (variável dependente) tendo em conta os diferentes momentos de avaliação (pré e pós intervenção) recorreu-se ao teste ANOVA de medidas repetidas mista.

CAPÍTULO III - Resultados

Resultados

Com o intuito de caracterizar a amostra do nosso estudo, foram recolhidos os dados sociodemográficos de todos os participantes cujos resultados encontram descritos na tabela 1.

A amostra foi constituída por 75 participantes sendo que, 44 eram do sexo feminino e os restantes 31 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos e com residência na área geográfica do grande Porto.

No que concerne ao GE, este foi constituído por um total de 45 participantes, com uma média de idades de 8,2 anos ($8,2 \pm 1,47$), dos quais 44,4% (n=20) eram do sexo feminino e 55,6% (n=25) do sexo masculino.

Analisando a situação escolar dos participantes do GE, aquando a intervenção, 22 dos participantes integravam o 1º e 2º ano (48,9%) de escolaridade e os restantes 23º 3º e 4º anos (51,1%).

No que respeita ao agregado familiar, a maioria dos participantes (n=38) apresentou como agregado familiar apenas os pais ou os pais e irmãos(s) (84,4%). Os restantes 7 participantes (15,6%) residiam com outros como avós, padrastos, tios, primos, entre outros.

Quanto ao encarregado de educação da maioria dos participantes (n=35), os pais assumiram o papel com uma maior percentagem (77,8%) e os restantes 3 participantes, eram da responsabilidade de outros como avós ou irmãos, com uma percentagem de 6,7%.

No que remete para as habilitações literárias destes, constata-se que grande parte (n=33) (73,3%) apresentaram habilitações até à atual escolaridade mínima obrigatória (12º ano) e os restantes 12 (26,7%) apresentaram habilitações superiores como licenciatura, mestrado ou doutoramento.

Face ao exposto, relativamente à situação profissional, a maioria dos encarregados de educação (n=32) desempenhava cargos ao nível do setor primário e secundário (71,1%) e os restantes (n=13) (28,9%) no terciário.

Por sua vez, relativamente ao GC, este foi constituído por um total de 30 participantes, também com uma média de idades de 8,2 anos e com um desvio padrão de 1,17, dos quais 24 (80,0%) eram do sexo feminino e 6 (20,0%) do sexo masculino.

Relativamente à situação escolar, quando sujeitos à aplicação do questionário, a maioria frequentava o 3º e 4º ano de escolaridade, com um total de 22 participantes (73,3%) e os restantes 8 o 1º e 2º ano (26,7%).

No que respeita ao agregado familiar, grande número de participantes, nomeadamente 27, apresentaram como agregado apenas os pais ou pais e os irmãos (90,0%). Relativamente aos restantes 3 participantes (10,0%), foram alocados no setor “outros”, residindo com avós, padrastos, tios, primos, entre outros.

Por seu turno, respeitante ao encarregado de educação foi possível verificar que a maioria dos participantes, dos quais 29, apresentou um dos pais como responsável pelo cargo (90,0%). Quanto ao restante participante, demonstrou estar ao cuidado de outro como a avó (3,3%).

Ainda relativamente a estes, no que remete para as habilitações literárias, constata-se que grande parte dos encarregados (n=18) (60%) possuem habilitações máximas até ao 12º ano e os restantes 16(40,0%) habilitações respeitantes a um nível superior como licenciatura, mestrado ou doutoramento.

Respeitante à sua situação profissional, uma grande parte, nomeadamente 17 desempenhavam cargos entre o setor primário e terciário (56,7%), enquanto que os restantes 13 desempenhavam cargos no setor terciário (43,3%).

Relativamente à diferença entre os grupos, através da análise do valor p, foi possível constatar que as variáveis agregado familiar (p=0,000), encarregado de educação (p=0,000); grau de escolaridade destes (p=0,002) e profissão do encarregado de educação (p=0,008), tendo em conta o valor $p < 0,050$, foram significativamente diferentes entre os grupos em estudo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos grupos experimental (GE) e controlo (GC) em termos de N/percentagem

Características Sociodemográficas	GE	GC	p-value
	n (%)	n (%)	
Género	45(100%)	30(100%)	0,133 ^a
Feminino	20 (44,4%)	24(80,0%)	
Masculino	25(55,6%)	6(20,0%)	
Situação escolar			0,083 ^a
1º e 2ºano	22(48,9%)	8(26,7%)	
3º e 4º ano	23(51,1%)	22(73,3%)	
Agregado familiar			0,000^{*a}
Pais/Pais e irmãos	38(84,4%)	27(90,0%)	
Outros (como padrastos, primos, tios, etc)	7(15,6%)	3(10,0%)	
Encarregado de educação			0,000^{*a}
Pais	35(77,8%)	29(96,7%)	
Outros	3(6,7%)	1(3,3%)	
Grau de escolaridade do encarregado de educação			0,002^{*a}
Até ao ensino básico obrigatório (12º ano)	33(73,3%)	18(60,0%)	
Ensino Superior	12(26,7%)	12(40,0%)	
Profissão			0,008^{*a}
Sector Primário/secundário	32(71,1%)	17(56,7%)	
Sector Terciário	13(28,9%)	13(43,3%)	
	M(DP)	M(DP)	
Idade	8,2(1,47)	8,2(1,17)	0,890 ^b

n=número de participantes (frequência absoluta); % = frequência relativa; M= Média; DP= Desvio Padrão; a) teste do qui-quadrado; b) teste-t para amostras independentes; *p ≤ 0.050

Nos parágrafos seguintes apresentam-se os resultados obtidos relativamente à análise comparativa entre os momentos pré e pós intervenção e ao efeito da intervenção sobre a variável estigma. Além disso, apresenta-se ainda no GE, a análise do impacto da intervenção sobre os diferentes domínios abordados pelo questionário de atribuição AQ-8-C e a comparação do estigma nas variáveis género e situação escolar.

Com a observação da tabela 2, no momento pré teste, observou-se que o valor médio do estigma total (Score total do AQ-8-C) no GE foi de 33,24 (DP=8,855) e de 26,93 (DP=6,291) no GC. Além disso, ao analisar a diferença de médias entre os dois grupos no momento pré-teste, constatou-se, da análise global acima mencionada, que existem diferenças estatisticamente significativas entre estes (p=0,001) uma vez que o

valor de p é inferior a 0,050. Ou seja, antes da intervenção, podemos afirmar que a conceptualização do estigma foi diferente entre o GE e o GC.

Por seu turno, após a intervenção, entre os grupos, não se ressalvam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,538$), ou seja, não temos evidência suficiente para afirmar que existem diferenças entre o GE e GP.

Observando agora a média das diferenças antes e após a intervenção, em cada grupo, é possível aferir que, a média do estigma total no GE é significativamente menor ($p=0,000$). No entanto, tal como expectável, não se verificam diferenças entre os momentos no GC ($p=0,178$).

Tabela 2 - Comparação da variável Estigma total entre os grupos e entre avaliação pré e pós-intervenção

	Grupos	Pré-teste ^a	Pós-teste ^a	Pré e pós teste ^b
		M(DP)	M(DP)	Valor p
Estigma Total	GE (n=45)	33,24(8,855)	24,22(7,68)	0,000*
	GC (n=30)	26,93(6,291)	25,37(8,08)	0,178
	Valor p	0,001*	0,538	

GE=grupo experimental; GC=grupo de controlo; n= número de participantes; M=média; DP= desvio padrão; valor p: a) teste-t para amostras independentes, b) teste-t para amostras emparelhadas; * $p \leq 0.050$

Uma vez que a variável estigma total não apresentou os todos os pressupostos para a realização da análise com recurso ao teste ANOVA de medidas repetidas mista (nomeadamente o pressuposto da homogeneidade de variâncias), procedeu-se à transformação da variável na sua função $Lg10$, passando assim a respeitar os pressupostos necessários.

Analisando a tabela seguinte (ver tabela 3), na qual se encontra representada a análise do efeito da intervenção a nível do estigma (AQ-8-C), pode-se inferir que não houve diferenças significativas entre os grupos experimental e controlo (*between subjects*) ($p=0,161$). Porém, no que se refere aos momentos pré e pós intervenção (*Within subjects*) ($p=0,001$) e à interação entre estes e o grupo (momento \times grupo) ($p=0,000$),

verifica-se que existiram diferenças significativas. A partir destes dados pode-se inferir que os resultados obtidos foram influenciados pelo momento em que a avaliação foi realizada, assim como as diferenças obtidas entre o momento pré e pós intervenção foram significativamente influenciadas pelo grupo de intervenção ao qual as crianças pertenciam. Por outras palavras, tendo em conta estes resultados, pode-se depreender que a intervenção realizada sobre o grupo experimental influenciou as atitudes estigmatizantes dos participantes.

Tabela 3 - Resultados da análise do efeito da intervenção na variável “Estigma”

	Efeito	p-value
Estigma total	Grupo (<i>between subjects</i>)	0,161
	Momentos de avaliação (<i>Within subjects</i>)	0,001*
	Interação (momento x grupo)	0,000*

* $p \leq 0.050$;

Nota: utilizou-se a função *lg10* para a análise da variável

Na ilustração 2 encontra-se representada a evolução do estigma onde se verifica uma diminuição dos mesmos entre o momento pré e pós intervenção.

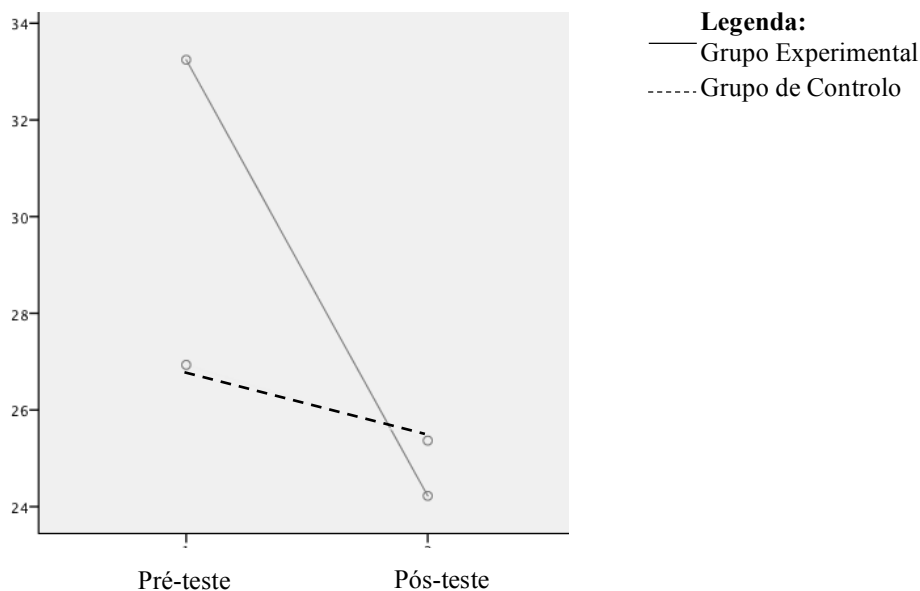


Ilustração 2 - Médias estimadas de estigma em cada momento, por grupo.

Analisando a tabela 4, abaixo apresentada foi possível depreender, no momento pré teste, que os domínios Pena e Ajuda no GE, foram os domínios que obtiveram scores mais elevados, tendo sido selecionadas as respostas mais próximas do valor máximo (9), apresentando valores médios de 8,27 (DP=1,64) e 8,09 (DP=2,06), respetivamente.

Por outro lado, verificou-se que os itens com scores mais baixos, pertencem aos domínios Culpa e Raiva, revelando valores médios próximos do score mínimo da escala (1), com 1,38 de média (DP= 1,34) e 1,89 (DP=2,25), respetivamente.

Relativamente ao pós teste, verifica-se uma diminuição de todos os scores em todos os domínios à exceção do domínio Ajuda, que subiu ligeiramente, com um valor médio de 8,38 (DP=1,57).

Comparando os resultados obtidos para cada domínio no momento pré e pós intervenção podemos verificar que há uma diminuição do score médio em praticamente todos eles, contudo, essa diferença é apenas significativa nos domínios Pena (p=0,00), Perigo (p=0,027), Medo(p=0,006) e Segregação (p=0,005).

Tabela 4 - Comparação dos domínios do AQ-8-C entre avaliação pré e pós-intervenção para o grupo experimental.

Domínio	Grupo Experimental (n=45)		Valor p ^a
	Pré M(DP)	Pós M(DP)	(Pré e Pós)
Pena	8,27(1,64)	4,38(3,62)	0,00*
Perigo	2,29(2,42)	1,40(1,33)	0,027*
Medo	3,13(3,29)	1,78(1,99)	0,006*
Culpa	1,38(1,34)	1,16(1,04)	0,394
Segregação	4,93(3,68)	2,96(3,35)	0,005*
Raiva	1,89(2,25)	1,47(1,73)	0,319
Ajuda	8,09(2,06)	8,38(1,57)	0,446
Evitamento	3,02(2,77)	2,58(2,81)	0,323

n= número de participantes; M = Média; DP = Desvio padrão;

a) teste t para amostras emparelhadas; *p ≤ 0.050

Investigando agora alguns dados relativos às variáveis sociodemográficas como género e situação escolar dos participantes no grupo experimental (tabela 5), foi possível contactar uma diferença estatisticamente significativa do estigma entre os géneros, tanto no momento pré ($p=0,013$) como no momento pós($p=0,003$), sendo o valor médio superior no sexo masculino. Além disso, foi ainda possível observar uma diminuição dos valores médios do género entre os diferentes momentos de avaliação.

Por seu turno, relativamente ao ano escolar dos participantes, não se analisaram diferenças estatisticamente significativas tanto no pré ($p=0,417$) como no pós teste ($p=0,544$). No entanto, verificamos uma diferença dos valores médios entre os participantes do 1º e 2º ano e 3º e 4º ano sendo os valores médios inferiores nestes últimos. Para além disso, verifica-se também, entre os momentos, uma diminuição dos valores médios nos participantes o 1º e 2º ano e uma ligeira subida nos do 3º e 4º.

Tabela 5 - Comparação do estigma por género e ano escolar no grupo experimental.

Estigma	Género		Pré-teste		Pós-teste	
			M(DP)	p-value ^a	M(DP)	p-value ^a
Total	Feminino		29,65(8,33)	0,013*	20,70(5,44)	0,003*
	Masculino		36,12(8,33)		27,04(8,14)	
GE n=45	Ano escolar	1º e 2º ano	34,36(10,12)	0,417	32,17(7,53)	0,544
		3º e 4º ano	23,50(8,84)		24,91(6,522)	

n= número de participantes; M = Média; DP = Desvio padrão; a) teste t para amostras independentes; * $p \leq 0.050$

CAPÍTULO IV - Discussão

Discussão

Considerando o atual destaque na promoção da saúde mental, torna-se essencial debruçarmo-nos sobre esta, o mais precocemente possível, atuando próximo da comunidade mais jovem (Greenwood et al., 2016). Posto isto, o presente estudo teve como principal objetivo criar evidência sobre o impacto da implementação de um programa no combate ao estigma, construído por nós, junto de crianças do 1º ciclo e que frequentam ATL's no distrito do Porto. Para o efeito, a estratégia contacto (indireto), com recurso a uma leitura encenada, a uma apresentação multimédia e ao desenho, no sentido de provocar efeitos sobre a diminuição de atitudes estigmatizantes perante a diferença e no conhecimento sobre a existência das doenças mentais. De um modo geral, a intervenção realizada surtiu efeito sobre o estigma dos participantes no programa, havendo uma diminuição das atitudes estigmatizantes, entre os momentos, no entanto, não se verificam diferenças entre o grupo experimental e grupo de controlo.

No GE foi possível perceber a influência da intervenção sobre os diferentes domínios abordados pelo AQ-8-C, onde se observou uma diminuição estatisticamente significativa das atitudes estigmatizantes sobre os domínios Pena, Perigo, Medo e Segregação. Para além disso, com a análise do estigma sobre a variável estigma sobre a variável género e ano escolar constatamos que, relativamente ao género, foi possível observar uma diferença significativa do estigma em ambos e que o género masculino, por apresentar um valor médio superior, apresentou atitudes mais estigmatizantes. Por seu turno, no que se refere à situação escolar dos participantes não se constatam diferenças estatisticamente significativas tanto no pré como no pós teste. Porém, podemos observar que existe uma diferença sobre os seus valores médios, apresentando o 3º e 4º anos um valor mais elevado, portanto mais atitudes estigmatizantes em ambos os momentos.

Analisando cronológica e detalhadamente os resultados obtidos, entre os diferentes grupos (GE e GC), foi possível observar a existência de diferenças estatisticamente significativas no momento pré teste, onde podemos observar uma discrepância entre os valores médios, tendo o grupo experimental um valor médio superior.

Relativamente ao momento pós-teste, entre os grupos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. No entanto foi possível observar que o valor médio no GE é inferior relativamente ao grupo de controlo, o que nos sugere que a

intervenção levada a cabo sobre o GE teve um impacto positivo sobre as atitudes positivas dos participantes. Por outro lado, tal como expectável, tendo em conta que no GC não existiu qualquer intervenção que pudesse gerar alterações sobre as atitudes positivas dos seus participantes, os valores médios relativos ao momento inicial e final foram bastante aproximados. Além disso, com a aplicação da ANOVA, conseguimos ainda perceber que os resultados obtidos foram influenciados pelo momento da avaliação e que as diferenças entre o momento pré e pós intervenção foram influenciadas pelo grupo de intervenção a que pertenciam. Ou seja, podemos depreender que a intervenção realizada teve influência sobre as atitudes estigmatizantes dos participantes.

Como já fora consignado, a literatura existente sobre a intervenção precoce face ao estigma na saúde mental, é bastante escassa e limitativa no que diz respeito à avaliação e intervenção (O'Connor, 2017).

Ressalvando o objetivo principal do presente estudo, que procurou averiguar o impacto de uma intervenção no combate ao estigma, ao longo de 5 semanas, observou-se que a intervenção teve influencia significativa sobre a variável estigma, persuadindo de forma positiva as atitudes estigmatizantes dos participantes.

De facto, ao longo do programa pareceu existir uma grande envolvência nas sessões por parte dos participantes, o que se notou principalmente na sua adesão ao momento de partilha que surgiu na sessão mobilizada pela apresentação multimédia. Para além de um resumo da história, através da apresentação das imagens ilustradas e da apresentação da música que faz parte integrante da leitura, todos eles foram referindo, de forma voluntária, diferentes aspetos da história e situações reais do seu dia-a-dia na escola. Nesta sessão, os participantes foram expostos a um diálogo acerca da diferença que existe perante diferentes situações de saúde tentando, de forma indireta, ressalvar os problemas mentais usando exemplos hipotéticos e questionando as suas próprias atitudes perante um colega com essa problemática. Esta sessão foi bastante proveitosa onde, num determinado momento ou situação, foi possível depreender que todos eles cometeram atitudes menos positivas sobre esses colegas. Nos dias de hoje, o número de alunos com NEE, pelas mais diversas patologias, começa a ser alarmante e, direta ou indiretamente, todos os participantes acabaram já por ter algum contacto com essa realidade. Grande parte do grupo admitiu que, embora não discriminassem, tendiam a não criar laços com estas crianças, mencionando as suas incapacidades como o principal entrave para a relação. Ou porque são lentas ou porque não sabem brincar ou porque precisam de ajuda

para tudo ou simplesmente porque “o meu grupo de amigos é outro” (sic). No entanto, foi notório em todos eles, que a perspetiva retratada na história de Luís os fez repensar nas suas atitudes, o que foi comprovado na sessão seguinte dedicada aos desenhos. Nesta, notou-se que todos eles conseguiram salientar um aspeto importante da história, tendo a sua maioria se inspirado no momento em que o Luís chega a umas escadas e não consegue ultrapassar esse obstáculo. É nesse momento que chega o amigo da mancha na cara, juntamente com a sua professora e o ajudam a ultrapassar o obstáculo. Com isto, podemos pressupor que o sentimento de ajuda ficou bem presente após a intervenção.

Numa perspetiva analista sobre o decorrer de todo programa, pode-se depreender que foi exequível promover atitudes positivas nos participantes, o que vai de encontro aos resultados obtidos estatisticamente.

Ora, após análise da bibliografia existente sobre a temática, foi igualmente exequível encontrar alguns estudos que corroboram os resultados acima descritos.

Num estudo conduzido por *Greenwood* e colaboradores (2016), foi proposto investigar o conhecimento, atitudes e comportamentos das crianças em relação à saúde mental e de que forma é possível influenciar positivamente as atitudes das crianças antes do desenvolvimento do estigma. Para isso, foram conduzidos dois estudos onde o primeiro, de carácter transversal, visou explorar a natureza do esquema de saúde mental das crianças, com idade compreendida entre os 7 e os 11 anos (conhecimentos, atitudes e comportamentos) e o segundo, à semelhança do presente, empregou uma intervenção experimental de pequena escala para examinar a forma como as atitudes estigmatizantes das crianças poderiam ser melhoradas usando a leitura de histórias de contacto (Cameron, et al., 2006; Greenwood et al., 2016). Esta investigação permitiu constatar que a breve intervenção surtiu alterações significativas sobre o estigma na amostra em estudo, uma semana após a intervenção (Greenwood et al., 2016).

Em Portugal foi já dirigido um estudo de redução do estigma face à doença mental em crianças do ensino primário e que assentou na sensibilização das crianças para aceitação da diferença enquanto realidade social, com vista à prevenção de comportamentos discriminatórios. Para isso, desenvolveram uma série de sessões diversificadas, conduzidas ao longo de 10 semanas que, entre outros temas, incluíram a leitura de uma história infantil sobre a temática e posterior ilustração sobre a mesma. Esta intervenção, apesar de não ressaltar mudanças estatisticamente significativas, gerou diferenças após a intervenção, o que pode ser um indicador de que as intervenções

criativas e orientadas para as necessidades das crianças têm impacto sobre a sua percepção da realidade, na aceitação da diferença e na redução do estigma associado à doença mental (Monteiro et al., 2012).

Num artigo de revisão, realizado por *Mellor* (2014), foram estudadas diferentes intervenções no combate ao estigma em contexto escolar. Nesta revisão estiveram presentes 17 estudos, mas apenas uma minoria destes relatou um impacto positivo no combate ao estigma e salientou consideráveis deficiências metodológicas nos estudos analisados (Mellor, 2014). Nesta revisão estiveram apenas mencionados dois estudos relativos à intervenção em alunos do ensino primário e, curiosamente, ambos tiveram resultados positivos no momento do follow-up (Mellor, 2014).

Um deles, elaborado por *Ventieri et al.* (2011), procurou avaliar a eficácia imediata de uma intervenção na promoção de atitudes positivas, redução da distância social e maior conhecimento sobre a doença mental em crianças do ensino primário australiano (Ventieri et al., 2011). Os achados deste estudo indicaram que, mesmo que breve, a intervenção de duas sessões, foi suficiente para promover mudanças positivas no conhecimento e nas atitudes em relação à doença mental no curto prazo, podendo estas persistir por um período de quatro meses de follow-up (Mellor, 2014; Ventieri et al., 2011).

Por seu turno, o segundo estudo, elaborado por *Pitre e colaboradores* (2009), teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa de marionetas para reduzir as atitudes de estigmatização em estudantes do primeiro ciclo. O grupo experimental assistiu a uma série de três peças, ao longo de 3 semanas, em que os fantoches retrataram indivíduos com esquizofrenia, depressão/ ansiedade e demência. As peças foram desenhadas procurando desafiar os estereótipos e as crenças, em relação à doença mental. O objetivo deste estudo foi mensurado através da escala de Opiniões sobre a Doença Mental (OMI), através de uma metodologia pré - pós, onde as pontuações para as crianças expostas aos brinquedos das marionetes melhoraram significativamente em três dos seis fatores da mesma, nomeadamente: a separação, a restrição e a estigmatização (Mellor, 2014; Pitre, Stewart, Adams, Bedard, & Landry, 2009). No entanto, apesar desta investigação demonstrar alguma eficácia deste tipo de intervenção, os autores ressaltam a importância da sua replicação e análise em estudos futuros (Pitre et al., 2009)

No presente estudo surgiu ainda a curiosidade de analisar outros aspetos sobre o GE nomeadamente, o impacto da intervenção sobre os diferentes domínios abordados

pelo questionário de atribuição AQ-8-C e a análise do estigma sobre as variáveis sociodemográficas género e situação escolar dos participantes.

Ora, como seria expectável, com a aplicação do programa de intervenção observou-se uma diminuição dos valores médios de todos os domínios após esta com a exceção do domínio Ajuda. De facto, neste domínio existiu um ligeiro aumento do valor médio, o que se torna um aspeto positivo uma vez que a resposta mais próxima do valor 9 da escala de *Likert* corresponde a uma resposta tipo “definitivamente eu ajudava”. Este aspeto pode ser explicado pelo facto de as crianças poderem estar já sensibilizadas para o dever de ajudar o outro. Ao dissecar a avaliação pelos diferentes domínios procurou-se igualmente analisar o impacto da intervenção sobre estes, tendo-se verificado que, após a intervenção, os resultados obtidos nos domínios Pena, Medo, Perigo e Segregação foram significativamente diferentes, existindo uma diminuição entre os seus valores médios. Por outras palavras, estes resultados sugerem que as atitudes estigmatizantes como sentir pena, medo, o achar que a pessoa com doença mental é potencialmente perigosa e que deve estar inserida em grupos com características semelhantes, foram menores após a intervenção.

Voltando a mencionar as atitudes observadas nos participantes ao longo da intervenção, de facto muitos deles, no momento do debate, tinham a premissa de que os alunos com necessidades educativas especiais (por exemplo), não deviam estar inseridos nas suas turmas, mas sim em turmas destinadas unicamente a crianças especiais. Acrescentaram também que não deviam falar com eles, pois sentiam pena pela sua condição e temiam que lhes pudessem fazer mal de forma inesperada, por não terem a capacidade de controlar as suas reações. Para além de tudo isto, surgiu ainda em conversa, o facto de algumas crianças tenderem a atribuir certos rótulos como “deficiente” ou outros com conotações não tão positivas aos colegas ditos diferentes.

Também na própria história, foi possível abordar alguns destes domínios, como no momento em que o Luís e o Sr. Adriano se depararam com a barreira das escadas e estiveram à espera durante bastante tempo até que aparecesse alguém para os ajudar. Neste momento as pessoas que passavam na rua pareciam absortas à situação, ignoravam ou passavam apressadas parecendo não ver que estava ali alguém diferente e a precisar de ajuda. Nesse seguimento surge ainda um grupo de rapazes que rotula o Zé como “Cara de chocolate”, por este apresentar uma mancha na cara, o que gerou um grande desconforto sobre todos os presentes.

Várias são as teorias que podem justificar estes resultados e a realidade é que, *Corrigan* e seus colaboradores, aferiram que certos domínios, como o Perigo e o Medo, são tidos como os domínios que exercem uma maior influência na forma como se perspetiva a doença mental, possibilitando a criação de mitos e ideias preconcebidas sobre a mesma (Sousa et al., 2012).

Na bibliografia existente parece existir um vasto consenso de que também o medo é uma característica central do estigma associado a pessoas com diferentes problemáticas. O medo das pessoas com doença mental, associado à percepção de que estas são perigosas e inesperadas, resultam em atitudes estigmatizantes e de isolamento social perante estas (Watson et al., 2004; West et al., 2014).

Para além disso, a evidência demonstra ainda que as opiniões negativas preconcebidas face à doença mental são influenciadas por generalizações acerca da origem e fluxo da doença (Ahmedani, 2011; Hinshaw et al., 2008). O estereótipo de que estas são as responsáveis pela sua doença tendencialmente é aumentado quando as pessoas se predispõem a atribuir a causa da doença mental a fatores ambientais ou experimentais (Ke et al., 2015; Sousa et al., 2012). Por seu turno, quando a origem da doença mental é atribuída a fatores que estão fora do controlo do indivíduo, como causas genéticas, estas vêm-se retratadas como alguém de quem se deve sentir pena e deploração pelo sucedido (Ahmedani, 2011; Sousa et al., 2012).

Debruçando-nos agora sobre a variável género, relativamente ao presente estudo, podemos também depreender que, a variável estigma foi mais elevada no sexo masculino nos diferentes momentos de avaliação, sendo que quanto mais elevado o valor equivale a mais atitudes estigmatizantes. De facto, tal como foi sugerido no estudo de *Greenwood et al* (2016), as meninas entre os 7 e os 8 anos de idade, tendencialmente apresentavam atitudes mais positivas face à doença mental do que os rapazes (Greenwood et al., 2016). Além disso, *Ndetei* e seus colaboradores (2015) corroboraram esta afirmação, sugerindo que crianças e adolescentes do sexo masculino, bem como os adultos, tendem a manter mais crenças estigmatizantes do que o sexo feminino (Ndetei et al., 2015). Aproveitando este pressuposto, como já fora mencionado, no momento inicial do nosso estudo, observamos uma diferença significativa entre os valores médios dos grupos analisados, sendo superior no GE. Esta diferença poderá eventualmente ser justificada pelo facto de este apresentar mais participantes do sexo masculino.

No que se refere à situação escolar constatou-se que os participantes do 3º e 4º

ano (crianças mais velhas na casa dos 8-11 anos) apresentaram, embora que não significativo, um score médio de respostas inferior, quer no momento pré quer após a intervenção, em relação aos participantes do 1º e 2º (idades compreendidas entre os 6 e os 7 anos).

A literatura encontrada sobre a relação da idade e conseqüente situação escolar em detrimento do estigma para além de escassa, não muito é consensual. No estudo de *Ndetei et al.* (2015), foi sugerido que as atitudes estigmatizantes tendem a diminuir mediante o aumento da idade no ensino primário, o que vai de encontro que o presente estudo sugere (Ndetei et al., 2015). Também *Whalen* e colaboradores (1997) perceberam que, ao estudar alunos entre o 4º e o 10º ano, os mais velhos evitavam os rótulos da doença mental e demonstravam menos crenças estigmatizantes (Ray et al., 1997). Uma possível explicação poderá ser um maior nível de compreensão da doença mental à medida que as crianças amadurecem (Wahl, 2011).

Por outro lado, *Corrigan e Watson* (2007), descobriram que o preconceito em relação à doença mental tende a diminuir entre os 5 e os 7 anos de idade (Corrigan et al., 2007). Eles explicam que, embora as crianças nesta idade assumam estereótipos associados aos grupos aos quais não pertencem, podem aprender que é importante restringir as suas crenças de acordo com as boas condutas sociais (Corrigan et al, 2007).

No que concerne às limitações deste estudo, considera-se o facto de a amostra ser reduzida, não probabilística e selecionada por conveniência, impedir a conceptualização dos resultados da amostra para a população (Maroco, 2011). Porém, esta lacuna vai sempre condicionada pela autorização quer por parte das entidades, sejam escolas, centro de estudos e afins, quer por parte dos próprios encarregados de educação, em permitir que os seus educandos façam parte integrante deste tipo de investigações. Espera-se, no entanto, que em estudos futuros este aspeto seja tido em conta, procurando aumentar o número de participantes e tentando dissipar a intervenção levada a cabo para outras zonas do distrito do Porto. Para o efeito, e por forma a possibilitar esta aceitação, torna-se imperativo que se pense na inclusão de intervenções direcionadas não só para a população alvo, mas para todos os intervenientes no crescimento da criança, como a família e professores, tentando elucidá-los sobre a importância da propagação deste tema (O'Connor, 2017).

Ainda assim, importa salientar que, face ao tempo disponível para a realização do estudo, não foi exequível apurar o efeito das estratégias utilizadas no decorrer das sessões pelo que, em estudos futuros se sugere a introdução de um follow-up (O'Connor, 2017).

Uma revisão sistemática realizada por Mellor (2014) não foi consensual no que respeita à durabilidade das intervenções para que as mesmas sejam eficientes, nem qual deve ser o intervalo de tempo para se realizar o follow-up. Não obstante, este autor ressaltou que o desenvolvimento eficaz de qualquer intervenção anti estigma requer duração e intensidades suficientes para gerar resultados a longo prazo (Mellor, 2014).

De facto, nos estudos já mencionados nesta discussão, existe informação que corrobora a proposta de Mellor (2014) como no estudo de Greenwood et al (2016), onde foi possível verificar alterações significativas uma semana após intervenção ou o de Ventieri e os seus colaboradores (2011), que mostraram que uma intervenção de apenas duas sessões foi suficiente para promover mudanças positivas sobre o estigma e que estas se mantiveram por um período de quatro meses de follow-up (Ventieri et al., 2011). Também o estudo de Pitre e seus colaboradores (2009), com a duração de 3 semanas, surtiu melhorias estatisticamente significativas em três dos seis fatores da escala aplicada (Pitre et al., 2009).

Não obstante, estas investigações, para além de fornecerem evidências preliminares sobre o desenvolvimento da saúde mental e estigma em crianças mais pequenas, alertaram também para a necessidade de intervir o quando antes sobre esta temática (Greenwood et al., 2016). De uma maneira geral, todos eles propuseram que as primeiras intervenções para promover atitudes positivas, quer pela estratégia de contacto (seja direto ou indireto) quer pela educação, são altamente efetivas (Greenwood et al., 2016; Mellor, 2014).

Findada a explanação dos resultados obtidos pela investigação levada a cabo sugere-se que, em estudos posteriores, para além da utilização de intervenções didáticas e criativas se procure potenciar situações de contacto direto com a doença mental, averiguando a convivência e a qualidade de contacto. Ainda assim, torna-se igualmente importante incluir sessões educativas, tentado analisar os seus conhecimentos sobre a doença mental para posteriormente, intersetar todos esses dados com os resultados obtidos através da estratégia aqui utilizada, já que neste estudo tal não foi exequível.

Conclusão

O conceito de Estigma tem vindo já a ser estudado ao longo dos anos, com o intuito de desmistificar a saúde mental, quebrar o preconceito e permitir aos seus portadores a devida inserção em sociedade, começando inclusive a existir uma maior preocupação para explorar o tema junto da população infantil. É necessário ter em consideração que as culturas e as crenças que as pessoas transmitem e assumem como válidas, comprometem o desempenho ocupacional das pessoas com doença mental. Para além disso, voluntária ou involuntariamente, estas crenças acabam por ser transmitidas aos mais pequenos que, sem terem uma verdadeira noção do que é realmente ser diferente e onde se situa essa diferença, acabam por enraizar essas crenças como suas, discriminando o outro sem o conhecimento de causa.

Efetivamente, após a realização do estudo foi possível aferir que este tipo de intervenções exerce mudanças significativas sobre as atitudes positivas das crianças acerca da diferença associada às problemáticas de saúde, diminuindo o estigma lhe é associado. Neste sentido, a redução do estigma e a promoção de atitudes positivas sobre a diferença e a inclusão deve ser uma preocupação ativa dos profissionais de saúde que lidam com a diferença aliada aos vários problemas de saúde, incluindo a doença mental. É importante ter a noção de que as atitudes estigmatizantes, acarretam graves implicações no envolvimento e participação da pessoa, que se vê lesada pelas atitudes dos outros que lhes fecham a porta sem sequer permitirem a sua apresentação.

Existe de facto um grande potencial para criar impacto sobre o esquema de saúde mental na comunidade mais jovem. Se a intervenção for realmente efetiva é necessário aprimorar a mesma e procurar incorporar a abordagem nas práticas do currículo académico em geral. As escolas primárias devem ensinar e elucidar os seus alunos não só sobre a doença mental, mas também sobre o conceito de estigma em geral e todos os problemas que dele podem advir para a pessoa lesada. A nós parece-nos que este ensino deva ser transmitido pelos professores integrando-o como parte do plano curricular e estes deverão ser instruídos e preparados para o efeito.

O terapeuta ocupacional ao fazer uso dos seus conhecimentos enquanto profissional da área e, através de uma intervenção focada nas atitudes positivas, no contacto, na educação e desmistificação da doença mental, pode igualmente contribuir para redução do estigma em crianças no contexto escolar, conseguindo fomentar o

sentimento de entreajuda, incentivo à procura de ajuda e tratamento e potencial de recuperação das pessoas com essa experiência.

Posto isto, numa perspetiva futura, sugere-se a criação de um programa no combate ao estigma, com intervenções mais robustas e sustentadas, abrangendo não só a estratégia de contacto indireto, como a utilizada no presente estudo, mas também a de contacto direto com pessoas com experiência de doença mental. Para além disso, seria ainda fundamental incluir a estratégia educacional, com temas adaptados à faixa etária e transmitidos de forma criativa e envolvente. Um outro aspeto vital, seria ainda procurar abranger todos os intervenientes no desenvolvimento da criança, nomeadamente a escola, e integrar o mesmo como parte do plano curricular dos nossos alunos.

Referências Bibliográficas

- Adler, A. K., & Wahl, O. F. (1998). Children's beliefs about people labeled mentally ill. *Am J Orthopsychiatry*, 68(2), 321-326.
- Ahmedani, B. K. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *J Soc Work Values Ethics*, 8(2), 4-14-16.
- Ahuja, K. K., Dhillon, M., Juneja, A., & Sharma, B. (2017). Breaking barriers: An education and contact intervention to reduce mental illness stigma among Indian college students. *Psychosocial Intervention*, 26(2), 103-109.
- Atkins, M. S., Hoagwood, K. E., Kutash, K., & Seidman, E. (2010). Toward the Integration of Education and Mental Health in Schools. *Adm Policy Ment Health*, 37(1-2), 40-47.
- Barczyk, A. N. (2015). Relationship between the public's belief in recovery, level of mental illness stigma, and previous contact. *Community Ment Health J*, 51(1), 38-47.
- Bulanda, J. J., Bruhn, C., Byro-Johnson, T., & Zentmyer, M. (2014). Addressing mental health stigma among young adolescents: evaluation of a youth-led approach. *Health Soc Work*, 39(2), 73-80.
- Cameron, L., Rutland, A., Brown, R., & Douch, R. (2006). Changing children's intergroup attitudes toward refugees: testing different models of extended contact. *Child Dev*, 77(5), 1208-1219.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Lima, V. S., Veiga, E., Costa, N., & Duarte, A. I. (2012). Mental health awareness intervention in schools. *Journal of Human Growth and Development*, 22(3), 259-266.
- Chia, N. N., Kannusamy, P., & Klainin-Yobas, P. (2012). The effectiveness of mental health-related theoretical education and clinical placement in mental health settings in changing the attitudes of health care students towards mental illness: A systematic review. *JBI Libr Syst Rev*, 10(14 Suppl), 1-19.
- Chisholm, K. E., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., & Birchwood, M. (2012). A randomised controlled feasibility trial for an educational school-based mental health intervention: study protocol. *BMC Psychiatry*, 12, 23.
- Corrigan, P. W., & Chicago, U. o. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*, 63(10), 963-973.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*, 54(9), 765-776.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull*, 27(2), 187-195.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). How children stigmatize people with mental illness. *Int J Soc Psychiatry*, 53(6), 526-546.
- Corrigan. (2012). A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness. *Illinois Institute of Technology*.
- Crosnoe, R., & McNeely, C. (2008). Peer relations, adolescent behavior, and public health research and practice. *Fam Community Health*, 31 Suppl 1, S71-80.
- Csongor, J., & Gonzalez, A. F. C. (2016). O estigma das perturbações mentais: Um estudo qualitativo pela voz das crianças.
- DePoy E., G. L. (2016). *Introduction to Research - Understanding and applying multiple strategies* (5° ed). Unites States of América.
- Eisenberg, D., Downs, M. F., & Golberstein, E. (2012). Effects of contact with treatment users on mental illness stigma: evidence from university roommate assignments. *Soc Sci Med*, 75(6), 1122-1127.
- Goffman, E. (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Gonçalves, M. & Moleiro, C. (2016). Resultados de um programa piloto de desestigmatização da saúde mental juvenil. *ScienceDirect*, 34(3), 276-282.
- Gonçalves, M., Moleiro, C., & Cook, B. (2015). The Use of a Video to Reduce Mental Health Stigma Among Adolescents.
- Greenwood, K., Carrol, C., Crowter, L., Jamieson, K., Ferraresi, L., Jones, A., & Brown, R. (2016). Early intervention for stigma towards mental illness? Promoting positive attitudes towards severe mental illness in primary school children. *Journal of Public Mental Health*, 15, 188-199.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-175.

- Guidelines for Stigma Reduction | Action Alliance Framework for Successful Messaging. (2018). Retrieved from http://suicidepreventionmessaging.org/guidelines_topics/Stigma_Reduction
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annu Rev Clin Psychol*, 4, 367-393.
- Hochman, K. (2007). Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. In *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* (Vol. 16, pp. 38-39).
- Huygen, C. (2006). Understanding the Needs of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People Living With Mental Illness. In *MedGenMed* (Vol. 8, pp. 29).
- Ke, S., Lai, J., Sun, T., Yang, M. M., Wang, J. C., & Austin, J. (2015). Healthy young minds: the effects of a 1-hour classroom workshop on mental illness stigma in high school students. *Community Ment Health J*, 51(3), 329-337.
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychol Bull*, 127(2), 187-208.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*, 30(3), 511-541.
- Maroco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (1. ReportNumber Ed. 5ª ed.).
- Maulik, P. K., Devarapalli, S., Kallakuri, S., Tewari, A., Chilappagari, S., Koschorke, M., & Thornicroft, G. (2017). Evaluation of an anti-stigma campaign related to common mental disorders in rural India: a mixed methods approach. In *Psychol Med* (Vol. 47).
- Mellor, C. (2014). School-based interventions targeting stigma of mental illness: systematic review. *Psychiatr Bull* (2014), 38(4), 164-171.
- Mikolon, S., Kreiner, G. E., & Wieseke, J. (2016). Seeing you seeing me: Stereotypes and the stigma magnification effect. *J Appl Psychol*, 101(5), 639-656.
- Monteiro, A., Lopes, A., Madeira, H., & Seco, J. (2012). Desigual(mente) – Projecto de intervenção de redução do estigma face à doença mental em crianças do ensino básico.
- Monteiro, M., & Madeira, T. (2007). Considerações sobre doença mental e comunicação social. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*.
- Mukolo, A., Heflinger, C. A., & Wallston, K. A. (2010). The stigma of childhood mental disorders: a conceptual framework. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49(2).
- Ndetei, D. M., Mutiso, V., Maraj, A., Anderson, K. K., Musyimi, C., & McKenzie, K. (2015). Stigmatizing attitudes toward mental illness among primary school children in Kenya. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51(1), 73-80.
- O'Connor, C. A., Dyson, J., Cowdell, F., Watson, R. (2017). Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review. *Journal of Clinical Nursing*.
- Oduguwa, A. O., Adedokun, B., & Omigbodun, O. O. (2017). Effect of a mental health training programme on Nigerian school pupils' perceptions of mental illness. In *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* (Vol. 11).
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A., (2012). Programa Saúde Mental Sem Estigma: Efeitos de Estratégias Diretas e Indiretas nas Atitudes Estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(8), 30-37.
- Pejovic-Milovancevic, M., Lecic-Tosevski, D., Tenjovic, L., Popovic-Deusic, S., & Draganic-Gajic, S. (2009). Changing attitudes of high school students towards peers with mental health problems. *Psychiatr Danub*, 21(2), 213-219.
- Phillips, M. R., Pearson, V., Li, F., Xu, M., & Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *Br J Psychiatry*, 181, 488-493.
- Pingani, L., Catellani, S., Vecchio, V. D., Sampogna, G., Ellefson, S. E., Rigatelli, M., Corrigan, P. W. (2016). Stigma in the context of schools: analysis of the phenomenon of stigma in a population of university students. *BMC Psychiatry*, 16(1), 29.
- Pinto-Foltz, M. D., & Logsdon, M. C. (2009). Conceptual Model of Research to Reduce Stigma Related to Mental Disorders in Adolescents. *Issues Ment Health Nurs*, 30(12), 788-795.
- Pinto-Foltz, M. D., Logsdon, M. C., & Myers, J. A. (2011). Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Soc Sci Med*, 72(12), 2011-2019.
- Pitre, N., Stewart, S., Adams, S., Bedard, T., & Landry, S. (2009). The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness. *Journal of Mental Health*, 16(3).
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 | Direção-Geral da Educação. (2017). Retrieved from <http://www.dge.mec.pt/plano-nacional-de-saude-mental-2007-2016>

- Ray, G. E., & Cohen, R. (1997). Children's evaluations of provocation between peers. *Aggressive Behavior*, 23(6), 417-431.
- Ribeiro, M. M. (2015). O poder de uma boa ação. Jardim das Histórias. 1ªed.
- Skre, I., Friborg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., & Wang, C. E. A. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. In *BMC Public Health* (Vol. 13, pp. 873).
- Slattery, M. (2003). Key Ideas in Sociology. In: Cheltenham: Nelson Thornes.
- Snyder, M. (2015). Changing the tide: stigma, school youth, and mental illness. *NASN Sch Nurse*, 30(2), 130-132.
- Sousa, S. d., Marques, A., Rosário, C., & Queirós, C. (2012). Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: a study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(4), 186-197.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? In *Br J Psychiatry* (Vol. 190, pp. 192-193). England.
- Ventieri, D., Clarke, D. M., & Hay, M. (2011). The Effects of a School-Based Educational Intervention on Preadolescents' Knowledge of and Attitudes towards Mental Illness. *Routledge*, 4(3). doi:Advances in School Mental Health Promotion, Vol. 4, No. 3, 2011, pp. 5-17
- Wahl, O. (2011). Children's Views of Mental Illness: A Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*.
- Wahl, O. F. (1999). *Telling Is Risky Business: Mental Health Consumers Confront Stigma*.
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophr Bull*, 33(6), 1312-1318.
- Watson, A. C., Fulambarker, A., Kondrat, D. C., Holley, L. C., Kranke, D., Wilkins, B. T., . . . Eack, S. M. (2017). Social Work Faculty and Mental Illness Stigma.
- Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. A., Corrigan, P. W., & Fenton, W. S. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophr Bull*, 30(3), 563-572.
- Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2013). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*.
- West, K., Hewstone, M., & Lolliot, S. (2014). Intergroup contact and prejudice against people with schizophrenia. *J Soc Psychol*, 154(3), 217-232.
- WHO | Portugal. (2018, 2018-02-03 03:30:05). WHO. Retrieved from <http://www.who.int/countries/prt/en/>
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa, A. (1999). Constructing mental illness as dangerous: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry*, 33(2), 240-247.

ANEXOS

Anexo 1 - Consentimento Informado

ESTUDO: “O PODER DE UMA BOA AÇÃO”: O IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO NO COMBATE AO ESTIGMA FACE À DOENÇA MENTAL EM ALUNOS DO 1º CICLO

INFORMAÇÃO AO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO DO PARTICIPANTE

Na qualidade de aluna de Mestrado em Terapia Ocupacional, da Escola Superior de Saúde do Politécnico Porto (ESS-PP), encontro-me a realizar um estudo subordinado ao tema: o estigma da doença mental em alunos do 1º ciclo.

O estudo abrange a população de alunos do primeiro ciclo da área geográfica do Porto e tem como objetivo analisar o estigma da doença mental e perceber de que modo os alunos lidam com a diferença. Para isso, será realizado uma hora do conto, com a exposição de um conto infantil: “O poder de uma boa ação”, da autora Manuela Mota Ribeiro. Numa segunda sessão será realizado um momento criativo – desenho – sobre a história abordada seguido de um momento de exposição dos trabalhos (Galeria de Arte).

Anterior e posteriormente às sessões de intervenção, a criança será sujeita a um breve questionário sobre a problemática da doença mental, para que seja possível analisar o impacto da intervenção realizada. Os questionários são confidenciais e nenhuma informação pessoal será exposta, sendo utilizada apenas como fim científico/académico. Mais se informa que, V.exa. tem toda e total liberdade para não autorizar o seu educando a fazer parte do mesmo.

Acredito que este estudo, para além de cumprir com a sua função curricular, beneficiará todos os intervenientes uma vez que será abordado um tema de alto relevo e que deve ser cimentado desde o início do percurso escolar destas crianças – Inclusão.

Na expectativa do Vosso melhor acolhimento para o assunto, subscrevo-me com consideração de V. Exa.

Terapeuta Ocupacional Ana Rita Fonseca

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu (encarregado de educação), _____ declaro que autorizo o meu educando _____ a fazer voluntariamente parte integrante do presente estudo após ter sido informado(a) e esclarecido(a) acerca deste, bem como do seu anonimato. Fui também informado(a) do direito de recusa em participar no estudo, sem sofrer qualquer tipo de retaliação no futuro.

Este estudo a realizar, faz parte integrante da Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional, de Ana Rita Teixeira Fonseca sob a orientação da Professora Doutora Sara de Sousa e Dr. João Viana.

Porto, de de 2017

(Assinatura)

Anexo 2 - Questionário Sociodemográfico

Identificação da criança

Código: _____ **Sexo**
 _____ **Feminino** _____ **Masculino**

Idade _____

Nacionalidade: _____ **Ano escolar (até ao momento):** _____

Reside Em: _____

Situação Familiar

Composição do Agregado Familiar (com quem reside a criança): _____

Número de elementos: _____

Pai Idade: _____ Profissão: _____	Estado civil (coloque um X) _____ Casado _____ Solteiro _____ Divorciado _____ Viúvo _____ outro (Qual: _____)
--	--

Mãe Idade: _____ Profissão: _____	Estado civil (coloque um X) _____ Casada _____ Solteira _____ Divorciada _____ Viúva _____ outro (Qual: _____)
--	--

Grau de Parentesco do encarregado de educação (coloque um x):

_____ **Pai**
 _____ **Mãe**
 _____ **Irmão(a)**
 _____ **Avô/Avó**
 _____ **Outro(Qual: _____)**

Grau de escolaridade do encarregado:

_____ **Analfabeto**
 _____ **4º ano**
 _____ **6º ano**
 _____ **9º ano**
 _____ **12º ano**
 _____ **Licenciatura**
 _____ **Mestrado**
 _____ **Doutoramento**

Anexo 3 – AQ-8-C

AQ-8-C

Versão traduzida e adaptada para português de *Attribution Questionnaire short form for children* de Corrigan, P.W., et al. (2007).

Nome ou N^a de Identificação _____ Data _____

POR FAVOR LEIA A SEGUINTE DECLARAÇÃO SOBRE PEDRO.

O Pedro é um aluno novo na tua turma. Antes do seu primeiro dia, o seu professor explicou que o Pedro apresenta problemas mentais e foi transferido de uma escola especial.

AGORA FAZ UM CÍRCULO À VOLTA DO NÚMERO DA MELHOR RESPOSTA A CADA PERGUNTA (ou seja, de 1 a 9 quanto concordas com a pergunta).

1. Eu sentiria pena do por Pedro.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
De								Muito
nenhum								

2. Quão perigoso pensarias que o Pedro pode ser?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rigorosamente								Muito
nada								

3. O quão assustado o Pedro te faria sentir?

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rigorosamente								Muito
nada								

4. Acho que o Pedro é o culpado pela sua doença mental?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
De modo Totalmente
nenhum

5. Acho que o Pedro deveria estar numa turma especial para crianças com problemas e não numa turma normal como a minha.

1 2 3 4 5 6 7 8 9
De modo Acho com toda a
nenhum certeza

6. Quanta raiva sentirias do Pedro?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Nenhuma Muita

7. Quão provável é que seria ajudares o Pedro com os seus trabalhos de casa?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
Rigorosamente Totalmente
nada provável Provável

8. Eu tentaria ficar longe do Pedro depois da escola?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
De modo Com toda a
nenhum certeza.

O AQ-8-C consiste em 8 estereótipos que correspondem com fatores do AQ-27. A Coerção não foi incluída aqui. **Nota:** Nenhum item do teste AQ-8C tem pontuação inversa.

- _____ Culpa = AQ4
- _____ Raiva = AQ6
- _____ Pena = AQ1
- _____ Ajuda = AQ7
- _____ Perigo = AQ2
- _____ Medo = AQ3
- _____ Evitação = AQ8
- _____ Segregação = AQ5

Quanto maior a pontuação, maior a propensão para essa dimensão ser aprovada pelo sujeito.

Anexo 4 - Algumas ilustrações do momento criativo

