

Avaliação das Atitudes de Estudantes da Área da Saúde em relação a Pacientes Esquizofrênicos

Evaluation of Attitudes toward Schizophrenic Patients among Health Students

Fernanda Nunes Ferreira¹
Diana Campos Fernandino¹
Gisele Resende Moreira de Souza¹
Thaís Ferreira Ibrahim¹
Aline Sayuri Lopes Fukino¹
Natália Costa Araújo¹
Carlos Eduardo Leal Vidal¹

RESUMO

Introdução: Apesar dos progressos obtidos com a reforma na assistência psiquiátrica brasileira, percebe-se ainda despreparo dos profissionais da área da saúde quanto à competência em relação aos pacientes portadores de transtornos mentais. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento e atitudes de estudantes iniciantes e concluintes da área da saúde em relação a pacientes esquizofrênicos. **Método:** Estudo transversal em que se aplicou uma vinheta e um questionário sobre um paciente portador de esquizofrenia a alunos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia de faculdades de Barbacena (MG). Estabeleceu-se um escore para as respostas esperadas, comparando-se as médias dos grupos de estudantes. **Resultados:** Amostra composta por 209 estudantes, sendo 81 (38,8%) do curso de Medicina, 61 (29,2%) de Enfermagem e 67 (32,1%) de Psicologia. Desses, 135 (64,6%) eram iniciantes e 74 (35,4%) eram concluintes. Alunos concluintes apresentaram maior escore médio quando comparados aos ingressantes, porém não foram observadas diferenças estatisticamente significantes na comparação do escore médio entre iniciantes e concluintes, e nem diferença entre os cursos avaliados. **Conclusão:** Embora não se tenham observado diferenças significantes entre estudantes iniciantes e concluintes, em todos os cursos predominaram atitudes negativas e pouco conhecimento sobre o tema abordado. A instrução acadêmica deve ser aprimorada. Profissionais de saúde precisam se conscientizar de que suas atitudes geram maior impacto na sociedade que as atitudes da população geral.

ABSTRACT

Introduction: Despite the progress achieved through the Brazilian psychiatric care reform, a lack of preparation among health professionals is still evident in their relations with patients with mental disorders. **Objectives:** To evaluate the knowledge and attitudes of first year and final year health care students in relation to schizophrenic patients. **Method:** Cross-sectional study which applied a vignette and a questionnaire about a patient with schizophrenia to Nursing, Medicine and Psychology students from Barbacena university (MG). A score system was established for the expected responses, compared to the averages of the student groups. **Results:** Sample composed of 209 students, of whom 81 (38.8%) were from the school of Medicine, 61 (29.2%) from the Nursing course and 67 (32.1%) from the Psychology course. Of these, 135 (64.6%) were first year students and 74 (35.4%) were final year students. The final year students reported a higher average score when compared to the freshman student, but no statistically significant differences were observed in the score comparisons neither between first and final year students, nor between the different courses. **Conclusion:** Although no significant differences between the first and final year students were observed, negative attitudes and little knowledge were predominant in all courses. Academic instruction requires improvement. Health professionals need to be aware that their attitudes generate a greater impact on society than the attitudes of the general population.

PALAVRAS-CHAVE

- Transtornos Mentais;
- Estigma Social;
- Esquizofrenia;
- Saúde Mental;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Mental Disorders;
- Social Stigma;
- Schizophrenia;
- Mental Health;
- Medical Education.

Recebido em: 18/06/2014

Reencaminhado em: 24/11/2014

Aprovado em: 03/08/2015

¹ Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil.

¹¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

A transferência dos cuidados psiquiátricos do nível hospitalar para serviços baseados na comunidade iniciou-se a partir dos anos 1950 em vários países, com o movimento de desinstitucionalização e com a integração da saúde mental ao sistema geral de saúde. As principais razões que favoreceram estas mudanças foram as condições precárias dos hospitais e seu potencial cronicizador da doença, os movimentos no pós-guerra por reformas sociais e sanitárias, os movimentos pelos direitos civis e pelos direitos humanos e o surgimento dos neurolépticos. No Brasil, este processo tem início efetivo na década de 1980 a partir do processo geral da reforma sanitária, do surgimento de legislação específica e de movimentos organizados dos profissionais da área, dando um novo ordenamento à atenção à saúde mental¹.

Em todo o mundo, a experiência adquirida ao longo das últimas décadas tem mostrado a ocorrência de acertos e erros no processo da reformulação da assistência psiquiátrica. Do lado positivo, o tratamento na comunidade tem proporcionado maior satisfação dos pacientes e melhora na qualidade de vida. Com relação aos seus aspectos negativos, postula-se que as principais causas associadas a um desfecho desfavorável seriam a falta de planejamento, a escassez de recursos financeiros, o despreparo dos profissionais e a estigmatização dos pacientes^{2,3,4}.

A estigmatização é ampla e afeta de forma negativa diferentes domínios da vida dos pacientes. O estigma, se não combatido, pode criar um ciclo vicioso de alienação e discriminação dos pacientes, levando ao isolamento social, incapacidade para o trabalho, abuso de substâncias, mendicância ou excessiva institucionalização, os quais diminuem as chances de reinserção social. O termo estigma se refere a problemas de conhecimento (ignorância), atitudes (preconceito) e comportamento (discriminação) em relação a pacientes portadores de transtornos mentais⁵.

Anos depois do início do processo de desinstitucionalização, o preconceito e a distância social em relação a pacientes psiquiátricos são ainda significativos. Além do estigma observado na população geral, vários estudos mostram que existe preconceito associado com transtornos mentais entre médicos e demais profissionais que trabalham na saúde⁶⁻¹⁰.

Sabe-se que as atitudes dos profissionais da saúde em relação aos pacientes psiquiátricos têm sido consideradas uma barreira ao processo de reforma psiquiátrica¹¹, contribuindo para aumentar o estigma experimentado por eles. Médicos de outras especialidades, por exemplo, se recusam a tratar pacientes psiquiátricos portadores de doenças clínicas, e os hospitais gerais raramente aceitam pacientes mentais em suas instalações.

A esquizofrenia é o transtorno mental mais estigmatizado e discriminado socialmente, por ter um curso crônico e apresentar sintomas que, em geral, o público associa a “loucura” – alucinações, delírios, anormalidades psicomotoras e fala incoerente¹². A experiência de um portador de esquizofrenia não se limita aos sintomas da doença, sendo acompanhada pelo que se chama de “doença secundária”: as reações do meio social e o estigma associado com o transtorno mental¹³. A estigmatização é a dimensão do sofrimento que, somada à experiência da doença, contribui para o isolamento social, limitação das oportunidades de vida e atraso na procura de tratamento.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde¹⁴, por volta de 24 milhões de pessoas em todo o mundo com idade superior a 18 anos têm esquizofrenia. Esta costuma ter início em idade precoce, causando perda de habilidades adquiridas. Os estudos epidemiológicos sugerem uma prevalência aproximada de esquizofrenia de 1%¹⁵.

Na atualidade, o cuidado na comunidade, a redução dos leitos psiquiátricos e o desenvolvimento dos serviços psiquiátricos nas bases comunitárias como uma tendência na saúde mundial têm contribuído para a redução do número de pessoas com esquizofrenia admitidas em hospitais¹⁶. Essa mudança da atenção psiquiátrica, do hospital para a comunidade, ressalta a função potencial dos futuros profissionais de saúde no manejo de pacientes com esquizofrenia, bem como suas atitudes frente a estes^{16,17,18}.

Desta forma, estudar o conhecimento e as atitudes dos estudantes de saúde frente aos portadores de esquizofrenia é importante sob diversos aspectos. A atitude dos profissionais de saúde mental em relação aos usuários de serviços de saúde pode agir como uma barreira para a melhora da assistência em saúde mental e pode conduzir ao estigma^{11,12}.

Dada a relevância do tema e considerando o exposto, este trabalho tem por objetivo avaliar o conhecimento e as atitudes de estudantes de Medicina, Psicologia e Enfermagem em relação aos pacientes esquizofrênicos.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de estudo transversal, com o objetivo de avaliar o conhecimento e as atitudes de estudantes iniciantes e concluintes da área da saúde em relação a pacientes portadores de esquizofrenia. Participaram estudantes dos cursos de Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena e dos cursos de Psicologia e Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos, todos situados em Barbacena (MG).

O grupo dos ingressantes dos três cursos foi formado por alunos do segundo período, uma vez que o ingresso nos cursos de Enfermagem e Psicologia é anual, e a aplicação dos questionários foi realizada no início do segundo semestre de 2013. Quanto aos concluintes, os questionários foram aplicados a alunos que já haviam cursado as disciplinas de Saúde Mental ou Psiquiatria.

Os períodos mais avançados dos cursos de Enfermagem e Psicologia que estavam cursando o segundo semestre de 2013 foram, respectivamente, o oitavo e o décimo (o curso de Enfermagem tem duração de quatro anos, e o de Psicologia dura cinco anos). Para o curso de Medicina, o período mais avançado avaliado foi o nono período, pois os alunos de períodos posteriores estavam cursando internato em outras localidades.

INSTRUMENTO

Os instrumentos utilizados no estudo foram uma vinheta e um questionário estruturado desenvolvido por Jorm *et al.*^{19,20} na Austrália e utilizado no Brasil por Reis²¹, que avaliou uma equipe de profissionais do Programa de Saúde da Família em São Paulo. A vinheta descreve uma pessoa portadora de esquizofrenia, cujo quadro clínico foi construído de acordo com a sintomatologia descrita nos critérios diagnósticos do DSM-IV²² e da CID-10²³. A pessoa é identificada como João ou Maria, para que o sexo não interfira na avaliação:

“João (Maria) tem 24 anos e vive em casa com seus pais. Ele(a) já teve alguns empregos temporários desde que terminou a escola, mas agora está desempregado(a). Nos últimos seis meses, parou de ver os amigos, trancando-se no quarto sozinho(a) e recusando-se a tomar banho e a comer com a família. Seus pais o(a) escutam andando pelo quarto a noite toda, enquanto todos estão dormindo. Mesmo sabendo que João (Maria) está sozinho(a), seus pais o(a) escutam gritando e discutindo como se houvesse alguém com ele(a). Quando eles tentam encorajá-lo(a) a fazer mais coisas, ele(a) diz que não sai de casa, pois está sendo espiado(a) pelos vizinhos. Seus pais sabem que João (Maria) não está usando drogas porque ele(a) não sai de casa e não vê ninguém”.

COLETA DE DADOS

Os dados sobre o conhecimento e as atitudes dos estudantes foram colhidos nas dependências das faculdades envolvidas, após a autorização dos coordenadores dos respectivos cursos. A coleta de dados foi realizada em agosto de 2013. Todos os alunos matriculados nos períodos selecionados foram convidados, de forma verbal e em sala de aula, a responder

ao questionário. Os autores explicaram sobre a pesquisa, esclareceram dúvidas dos alunos e ressaltaram a participação voluntária.

O instrumento utilizado foi elaborado para ser preenchido pelos próprios estudantes, durando cerca de 15 minutos. Os questionários foram aplicados separadamente para cada turma de alunos, e todos eles foram submetidos aos mesmos procedimentos. A coleta das informações obedeceu às orientações técnicas da escala.

A vinheta foi acompanhada de um questionário estruturado para avaliar o conhecimento e atitudes sobre o referido transtorno mental pelos participantes do estudo. Os participantes responderam sobre diferentes áreas de conhecimento, como diagnóstico, necessidade e tipo de ajuda profissional, prognóstico, além de questões sobre atitudes discriminatórias. No final do questionário havia uma parte destinada a questões pessoais, como curso, idade, sexo e se já teve contato com esse tipo de problema.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais em 06/06/2013, sob o número 295.419. Todos os alunos que responderam ao questionário assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise estatística, foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 17.0. A análise foi dividida em etapas. Na primeira, foram descritas as características socioculturais da amostra. Para verificar a existência de diferença entre as subamostras, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado e o teste exato de Fisher. Na segunda etapa, foi estabelecido um escore em que a cada resposta esperada foi atribuído um ponto, podendo a nota variar de -1 a 9 pontos.

As respostas esperadas para as questões foram:

- I. Conhecimento diagnóstico: questão 1 (*Da informação dada, o que, se houver alguma coisa, está errada com João/Maria?*). Resposta esperada: esquizofrenia.
- II. Intervenção profissional: questão 2 (*Você acha que João/Maria precisa de ajuda profissional?*). Resposta esperada: sim.
- III. Intervenções por diferentes pessoas: questão 3 (*Se João/Maria fosse buscar alguma das seguintes pessoas, isto o(a) ajudaria, prejudicaria ou seria indiferente?*). Resposta esperada: psiquiatra ajudaria.
- IV. Intervenções medicamentosas: questão 4 (*Se João/Maria fosse tomar uma das medicações abaixo, isto o(a)*

ajudaria, prejudicaria ou seria indiferente?). Resposta esperada: antipsicótico ajudaria.

- V. Intervenções diversas: questão 5 (*Se João/Maria fosse fazer algo do que está referido abaixo, isto o(a) ajudaria, prejudicaria ou seria indiferente?*). Resposta esperada: admissão em enfermagem psiquiátrica ajudaria.
- VI. Prognóstico com ajuda profissional: questão 6 (*Qual seria o provável resultado se João/Maria tivesse o tipo de ajuda profissional que você considera mais apropriada?*). Resposta esperada: recuperação parcial, mas com provável recorrência do problema.
- VII. Prognóstico sem ajuda profissional: questão 7 (*Qual seria o provável resultado se João/Maria não tivesse tido nenhuma ajuda profissional?*). Resposta esperada: piora.
- VIII. Desempenho em situações sociais: questão 8 (*Suponha que João/Maria teve o tipo de ajuda que você considera mais apropriada para seus problemas de saúde. Como você acha que ele(a) estaria a longo prazo, se comparado a outras pessoas da comunidade?*). Resposta esperada: desfechos negativos.
- IX. Discriminação social: questão 9 (*Você acha que João/Maria seria discriminado(a) pelos outros na comunidade se soubessem do problema que teve?*). Resposta esperada: sim.

As respostas esperadas foram consideradas de acordo com o estudo brasileiro da escala, realizado por Reis²¹. Na terceira etapa, foi verificada a existência de associação entre o conhecimento e as atitudes dos estudantes. Para a comparação do escore dos iniciantes com os concluintes, utilizou-se o teste Mann Whitney devido ao caráter assimétrico dos dados. A comparação entre todos os estudantes de cada curso foi feita por meio da estatística Anova. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 209 estudantes da área da saúde, sendo 81 (38,8%) do curso de Medicina, 61 (29,2%) do curso de Enfermagem e 67 (32,1%) do curso de Psicologia. Desses, 135 (64,6%) eram iniciantes, cursavam o primeiro ano do curso, e 74 (35,4%) eram concluintes e tiveram contato com a disciplina relacionada à saúde mental. Dos iniciantes, 40 (19,1%) estudantes cursavam Enfermagem, 54 (25,9%) Medicina e 41 (19,6%) Psicologia. Entre os concluintes, 21 (10%) cursavam Enfermagem, 27 (13%), Medicina e 26 (12,4%) Psicologia.

Algumas perguntas do questionário não foram respondidas por todos os estudantes, e mais de uma resposta era solicitada na maioria das questões.

Do total de estudantes avaliados, 150 (71,8%) eram do sexo feminino; a média de idade foi de 24 anos \pm 6,24, variando de 18 a 59 anos. As características sociodemográficas dos participantes estão apresentadas na Tabela 1.

TABELA 1
Características sociodemográficas da amostra de estudantes, Barbacena, 2013

Variáveis	Categorias	Total	
		N	%
Curso	Enfermagem	61	29,2
	Medicina	81	38,8
	Psicologia	67	32,1
Período do curso	Iniciantes	135	64,6
	Concluintes	74	35,4
Sexo	Masculino	59	28,2
	Feminino	150	71,8
Estado civil	Solteiro(a)	186	89
	Casado(a)	20	3,6
	União estável	2	1
Renda	Até 3 SM*	78	37,3
	3 a 5 SM*	37	17,7
	5 a 8 SM*	29	13,9
	Superior a 8 SM*	61	29,8
Ensino Médio	Escola particular	87	41,6
	Escola pública	121	57,9
Total		209	100

* SM: salários mínimos.

Com relação ao percentual de respostas obtidas em cada questão do questionário, observou-se que apenas 26,8% responderam corretamente à primeira pergunta, sobre o diagnóstico do paciente da vinheta (n = 192).

Na questão dois, a totalidade dos estudantes relatou que o referido paciente deveria procurar ajuda profissional. Quanto à questão três e ao tipo de ajuda, 96,2% indicaram como principal ajuda o psiquiatra, seguido pelo psicólogo (95,2%) e clínico geral (72,2%). Quanto ao tipo de medicação, os antidepressivos e os antipsicóticos foram indicados, respectivamente, por 77,5% e 75,1% dos estudantes.

Os tratamentos considerados mais benéficos foram tornar-se mais ativo fisicamente, terapia cognitivo-comportamental, terapia psicodinâmica, seguidos por sair mais de casa e relaxamento. A internação psiquiátrica foi considerada benéfica por 51%, enquanto apenas 12,9% consideraram a eletroconvulsoterapia positiva para o tratamento.

Com relação ao prognóstico, a maioria (36,8%) referiu que com ajuda profissional adequada haveria recuperação com-

pleta, mas com provável recorrência, seguida por recuperação parcial com provável recorrência (26,8%). Sobre o prognóstico sem ajuda, a maioria (75,6%) referiu que haveria piora. Em relação ao desempenho a longo prazo em situações sociais, a distribuição é demonstrada na Tabela 2. Entre os estudantes, 78,5% consideraram que o indivíduo descrito seria discriminado pela sociedade caso soubessem de seu problema.

TABELA 2			
Respostas, em frequência e porcentagem, da questão 8 quanto ao desempenho do paciente da vinheta a longo prazo em situações sociais			
Como ele seria (n)	Mais do que os outros	Igual aos outros	Menos que os outros
	n (%)	n (%)	n (%)
Violento (207)	39 (18,8)	109 (52,7)	59 (28,5)
Beberia muito (207)	16 (7,7)	85 (41,1)	106 (51,2)
Usaria drogas ilegais (203)	18 (8,6)	69 (33,0)	116 (55,5)
Teria poucas amizades (204)	40 (19,6)	118 (57,8)	46 (22,5)
Tentaria o suicídio (204)	47 (23,0)	72 (35,3)	85 (41,7)
Entenderia os sentimentos das pessoas (205)	53 (25,9)	96 (46,8)	56 (25,9)
Teria um bom casamento (207)	28 (13,5)	135 (65,2)	44 (21,3)
Seria um pai atencioso (207)	36 (17,4)	135 (65,2)	36 (17,4)
Seria um trabalhador produtivo (207)	34 (16,4)	136 (65,7)	37 (17,9)
Seria um artista criativo (204)	44 (21,6)	129 (63,2)	31 (15,2)

A partir do escore estabelecido, a média global obtida pelos iniciantes dos três cursos foi $5,88 \pm 1,36$ contra $6,10 \pm 1,5$ dos concluintes. Os escores médios obtidos por cada curso estão apresentados na Tabela 3.

TABELA 3			
Média e desvio padrão (dp) dos estudantes e comparação do escore pelo método de comparação de médias			
Curso	Média e desvio padrão dos iniciantes	Média e desvio padrão dos concluintes	Valor p
Enfermagem	$5,7 \pm 1,37$	$5,99 \pm 1,23$	0,53
Medicina	$6,04 \pm 1,32$	$6,00 \pm 1,62$	0,11
Psicologia	$5,85 \pm 1,41$	$6,29 \pm 1,62$	0,33
Todos os cursos	$5,88 \pm 1,36$	$6,10 \pm 1,5$	0,29

Quanto à consistência interna do instrumento utilizado, considerando-se todos os itens do questionário, foi estimado um coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0,713.

DISCUSSÃO

No presente estudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes na comparação do escore médio entre iniciantes e concluintes dos três cursos avaliados, e nem diferença entre os cursos. No entanto, em todos os cursos predominaram atitudes negativas e pouco conhecimento sobre o tema abordado.

Alunos iniciantes de cursos de graduação na área da saúde trazem consigo estereótipos e preconceitos semelhantes aos observados na comunidade, os quais podem influenciar de forma negativa as condutas que terão com os pacientes durante a sua formação. Caso não sejam investigados e trabalhados adequadamente durante a graduação, esses aspectos podem interferir na atuação profissional, traduzindo-se em atitudes preconceituosas e comportamento discriminatório para com os pacientes, prejudicando o tratamento²⁴.

Atitudes em relação aos transtornos mentais influenciam o tratamento dado aos pacientes pelos profissionais que com eles trabalham e a interação desses pacientes com vários segmentos da comunidade. O medo do estigma se relaciona com a relutância dos pacientes em procurar ajuda quando os sintomas começam a surgir. As crenças disseminadas entre a população geral, e de forma particular entre profissionais de saúde, de que os pacientes psiquiátricos não estabelecem diálogo satisfatório, experimentam sentimentos estranhos, são imprevisíveis e exibem comportamento violento contribuem para o distanciamento social e aumento do estigma. Pesquisa realizada junto a uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de identificar as representações sociais dos profissionais sobre o transtorno mental mostrou que os agentes comunitários percebem os pacientes de forma preconceituosa e ancorada no paradigma psiquiátrico tradicional²⁵.

De acordo com Rodrigues et al²⁶ a atitude constitui uma organização duradoura de crenças e cognições e dotada de carga afetiva em relação a um objeto social definido, que predispõe a ações coerentes com as cognições e afetos relativos ao objeto. A aquisição de atitudes, juntamente com os conhecimentos e habilidades, constitui um processo contínuo ao longo da vida de cada indivíduo²⁷. A incorporação de atitudes positivas frente aos diferentes aspectos envolvidos na atenção à saúde constitui um poderoso preditor dos comportamentos e ações dos estudantes em relação aos pacientes.

As atitudes em relação aos portadores de transtornos mentais começam a ser construídas na infância e podem ser modificadas ao longo da vida, influenciadas tanto pela experiência pessoal quanto pela mídia^{10,28}. O estigma associado a esses transtornos abrange crenças estereotipadas, atitudes preconceituosas e discriminatórias. É um fenômeno universal

que provoca grande impacto no indivíduo e em seus familiares e também na efetividade dos programas de saúde pública.

Jorm *et al.*¹⁹ cunharam a expressão *mental health literacy* para se referir ao conhecimento e às crenças sobre os transtornos mentais que auxiliam em seu reconhecimento, gestão e prevenção. Os autores apontaram que a competência em saúde mental inclui as dimensões da capacidade de reconhecer diferentes tipos de desordens psicológicas; conhecimento e entendimento sobre fatores de risco; conhecimento e entendimento sobre intervenções para autoajuda; atitudes que facilitam o reconhecimento dos mesmos; e conhecimento de onde e como buscar informação em saúde mental²⁹.

Entre os cursos avaliados, o reconhecimento da presença de alguma alteração psiquiátrica ou transtorno mental foi expressivo, embora poucos alunos tenham dado o diagnóstico correto. A dificuldade de compreensão da questão, uma vez que a pergunta não foi claramente direcionada para o diagnóstico clínico, pode justificar o baixo percentual de acerto diagnóstico.

Com relação ao tipo de ajuda profissional indicada, houve concordância entre os avaliados, e o psiquiatra foi o profissional de primeira escolha, seguido por psicólogo e clínico geral. Quanto ao medicamento indicado, os antidepressivos foram os medicamentos considerados de melhor escolha. Levando-se em consideração que grande parte dos alunos caracterizou depressão como diagnóstico, pode-se explicar a escolha pelo tratamento com antidepressivos. É possível que esse resultado também reflita a utilização cada vez mais generalizada de antidepressivos³¹.

Tais resultados se assemelham aos encontrados em estudo australiano, que relatou aumento, durante os últimos anos, do reconhecimento da importância da atuação médica, assim como da eficiência de uma série de intervenções terapêuticas (psicoterapia, admissão em ala psiquiátrica) em doentes mentais³¹.

Tornar-se mais ativo fisicamente, terapia cognitivo-comportamental e terapia psicodinâmica foram os tratamentos considerados mais benéficos. Profissionais de saúde, quando avaliados¹⁹, apontaram a internação em enfermaria psiquiátrica como a melhor opção terapêutica para portadores de esquizofrenia. Quanto à eletroconvulsoterapia, pequena parcela dos estudantes a considerou uma medida terapêutica válida. Destaca-se, com isso, o grande receio de condutas psiquiátricas mundialmente aceitas, como a internação e a eletroconvulsoterapia. Isto pode estar relacionado ao imaginário social, onde o tratamento psiquiátrico está associado a sofrimento físico, isolamento, punição e descontrole emocional, vivenciados décadas atrás.

A maioria dos alunos considerou que com ajuda profissional adequada haveria recuperação completa, com provável

recorrência. Tais resultados se assemelham aos de estudo³² que avaliou profissionais de saúde. Em relação ao prognóstico sem tratamento adequado, a maior parte dos alunos referiu que haveria piora do quadro. Esse posicionamento parece indicar que, de maneira geral, os participantes identificaram o quadro apresentado como passível de tratamento, reconhecendo a importância da intervenção de um profissional de saúde.

Com relação à expectativa de atitudes a longo prazo, alguns estudos^{19,32} apontam que profissionais de saúde tendem a ser mais pessimistas, referindo que a pessoa descrita na vigneta teria um desempenho social mais negativo ao longo da vida na comunidade. Tal fato poderia ser explicado pelo maior conhecimento desses profissionais acerca da história natural da doença, ou, ao contrário, evidenciar baixa competência em saúde mental.

Melhorar a competência em saúde mental é importante para a superação do estigma associado aos transtornos mentais. É possível aumentar o conhecimento sobre os transtornos, mas isto não implica necessariamente a diminuição do estigma. É possível, por exemplo, ter alto grau de competência em saúde mental e não ter necessariamente baixas atitudes estigmatizantes. Porém, há alguma evidência de que competência em saúde mental tem pequeno impacto na redução de estigma^{30,33}.

Estudantes de graduação que participaram de cursos breves sobre doença mental mostraram atitudes positivas com relação a pacientes psiquiátricos³⁴. No entanto, supõe-se que, mesmo após a influência da instrução acadêmica, os alunos conservarão alguns preconceitos e atitudes que levarão para a sua prática profissional.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou avaliar o conhecimento e as atitudes de estudantes da área da saúde em relação a pacientes esquizofrênicos, não sendo observadas diferenças significantes entre os cursos envolvidos, nem entre iniciantes e concluintes.

A instrução acadêmica não levou a mudança significativa de atitudes dos alunos frente ao transtorno mental apresentado e deve ser aprimorada, pois se sabe que, mesmo após a influência acadêmica, os alunos conservarão alguns preconceitos e atitudes que levarão para a sua prática profissional, o que poderá atuar como uma barreira para a melhora da assistência em saúde mental, podendo conduzir ao estigma^{11,12}.

Profissionais de saúde devem se conscientizar de que suas atitudes geram maior impacto na sociedade que as atitudes da população geral. É preciso cautela para não gerar uma ideia errônea acerca da doença que possa contribuir para aumentar a estigmatização do paciente e prejudicar a interação deste com vários segmentos da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Vidal CEL, Bandeira M, Gontijo ED. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(1): 70-79.
2. Bandeira M, Lesage A, Morissete R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *J Bras Psiquiatr* 1994; 4(12): 659-66.
3. Morgado A, Lima LA. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *J Bras Psiquiatr* 1994; 43(1):19-28.
4. Talbott JA. The chronic psychiatric patient: problems, promises and perspectives, past, present and future. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113 Suppl 429: S101-8.
5. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination. *British J Psychiat* 2007; 190:192-93.
6. Aydin N, Yigit A, Inandi T, Kirpinar I. Attitudes of hospital staff toward mentally ill patients in a teaching hospital. *Int J Soc Psychiatry* 2003; 49: 17-26.
7. Uçok A, Polat A, Sartorius N, Erkoç S, Ataklı C. Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2004; 58: 89-91.
8. Pedrão LJ, Avanci RC, Malaguti SE, Aguilera MAS. Atitudes frente à doença mental: estudo comparativo entre ingressantes e formandos em enfermagem. *Medicina, Ribeirão Preto*, 2003; 36: 37-44.
9. Bell JS, Johns R, Chen TF. Pharmacy Students' and Graduates' Attitudes Towards People With Schizophrenia and Severe Depression. *American J Pharmaceutical Education* 2006; 70 (4):1-6.
10. Hinshaw SP, Stier A. Stigma as related to mental disorders. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008; 4: 367-393.
11. Happell B. Mental health nursing: challenging stigma and discrimination towards people experiencing a mental illness. *Int J Ment Health Nurs.* 2005;14:1.
12. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet*, 2007; 370(8): 810-11.
13. Schulze B, Angermeyer C. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003; 56:299-312.
14. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS; 2001.
15. Mari J, Leitão R. A epidemiologia da esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22:15-7.
16. Lewin TJ, Carr VJ. Rates of treatment of schizophrenia by general practitioners. A pilot study. *MJA* 1998; 168:166-169.
17. Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, WU P, Nammery S, Ball J. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol Med*, 1998; 28(6): 1463-1467.
18. Melzer D, Watter L, Paykel E, Singh K, Gormley N. Factors explaining the use of psychiatric services by general practices. *Br J Gen Pract*, 1999; 49:889-891.
19. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B, Pollitt P. Beliefs about the helpfulness of interventions for mental disorders: a comparison of general practitioners, psychiatrists and clinical psychologists. *Aust New Zealand J Psychiatr* 1997; 31:844-851.
20. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Chirstensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Aust New Zealand J Psychiatr* 1999; 33 : 77-83.
21. Reis FS. Avaliação do Conhecimento e Atitudes dos Profissionais de Saúde em Relação aos Portadores de Esquizofrenia. São Paulo; 2007. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal de São Paulo.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.ed. Washington: APA; 1994. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
23. Pedrão LJ, Avanci RC, Malaguti SE. Perfil das atitudes de alunos do curso de enfermagem frente à doença mental, antes da influência da instrução acadêmica. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2002; 10(6):794-9.
24. Pereira MAO, Liliane Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(4):567-72.
25. Rodrigues A, Assmar EML, Jablonski B. *Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes; 2009.
26. Nunes SOV, Vargas HO, Liboni M, Neto DM, Vargas LHM, Turini B. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Rev Bras Educ Med*, 2008, 32(2):210-16.
27. Link BG, Cullen FT. Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behavior*; 1986; 27:289-303.
28. Oliveira VM. Competência em saúde mental (*Mental Health Literacy*): do conceito às estratégias na questão do suicídio no Brasil. Programa de pós-graduação em informação e comunicação em saúde – Fiocruz, 2011, Rio de Janeiro.
29. Christensen HGKM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the Internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal.*2004; 328 (7434).

30. Reavley NJ, Jorm AF. Public recognition of mental disorders and beliefs about treatment: changes in Australia over 16 years. *The British Journal of Psychiatr.* 2011; 200:419-425.
31. Caldwell TM, Jorm AF. Mental health nurses' beliefs about likely outcomes for people with schizophrenia or depression: A comparison with the public and other healthcare professionals. *Australia and New Zealand Journal of Mental Health Nursing.* 2001; 10(1):42-54.
32. Kitchener BA; Jorm AF. Mental health first aid training: review of evaluation studies. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:6-8.
33. Altindag A, Yanik M, Ucok A, Alptekin K, Ozkan M. Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2006; 60: 283–288.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Fernanda Nunes Ferreira: Desenho do estudo, coleta de dados, redação do texto, interpretação dos dados, revisão final.

Diana Campos Fernandino: Desenho do estudo, coleta de dados, redação do texto, interpretação dos dados, revisão final.

Gisele Resende Moreira de Souza: Desenho do estudo, coleta de dados, redação do texto, interpretação dos dados, revisão final.

Thaís Ferreira Ibrahim: Desenho do estudo, coleta de dados, redação do texto, interpretação dos dados, revisão final.

Aline Sayuri Lopes Fukino: Desenho do estudo, coleta de dados, redação do texto, interpretação dos dados, revisão final.

Natália Costa Araújo: Desenho do estudo, análise e interpretação dos dados e redação final.

Carlos Eduardo Leal Vidal: Desenho do estudo, coleta de dados, redação do texto, análise e interpretação dos dados, revisão final.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carlos Eduardo Leal Vidal

Praça Presidente Antônio Carlos, 8

CEP 36202-336 – Barbacena – MG

E-mail: fernandanferreira@yahoo.com.br