



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Estereótipos de saúde mental e impacto no distanciamento social de estudantes universitários**

**Tatiana Isabel Valério Carpinha**

Orientador(es) | Maria de Fátima Bernardo

Évora 2023

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

**Estereótipos de saúde mental e impacto no distanciamento social de estudantes universitários**

Tatiana Isabel Valério Carpinha

Orientador(es) | Maria de Fátima Bernardo

Évora 2023

---

---

---

---



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Nuno Rebelo dos Santos (Universidade de Évora)

Vogais | Maria de Fátima Bernardo (Universidade de Évora) (Orientador)  
Sofia Alexandra Tavares (Universidade de Évora) (Arguente)

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Fátima Bernardo, pela orientação que tanto me fez sentir apoiada, pela dedicação e constante disponibilidade, que foi essencial para mim, e pela motivação constante que me forneceu ao longo de todo este trajeto.

Aos meus pais, por terem-me sempre incentivado, apoiado e terem-me fornecido a oportunidade de realizar o meu percurso académico, com o qual sempre sonhei.

Aos meus avós, que mesmo longe de mim, ocupam sempre um lugar especial no meu pensamento e no meu coração, dando-me motivação para ser uma pessoa por quem se orgulhem.

À minha irmã e à minha afilhada e sobrinha Bianca, as minhas companheiras de vida que me dão constantemente amor e forças para não desistir.

À minha afilhada e sobrinha, Alice, que ainda está em desenvolvimento, mas que já me enche de amor.

Ao João por nunca sair de perto de mim, por nunca me deixar sentir insuficiente, mesmo quando tudo se torna mais difícil. Por nunca ter-me deixado desistir deste processo, por ter sempre acreditado em mim, por me ter acompanhado nesta caminhada e por ter vibrado comigo em todas as minhas conquistas.

À Maria pelos desabafos, conversas, conselhos e, essencialmente, pela amizade e apoio durante todo o meu percurso académico.

A todos os estudantes que aceitaram participar nesta investigação, sem eles a mesma não teria sido possível.

# **Estereótipos de saúde mental e impacto no distanciamento social de estudantes universitários**

## **Resumo**

Nos últimos anos tem-se assistido a um aumento da prevalência e gravidade das perturbações mentais nos estudantes universitários, mas pouco sob a forma como estes são percebidos na universidade, ou o efeito nas relações interpessoais. Os modelos compreensivos dos estereótipos afetam atitudes, emoções e comportamentos. No contexto universitário, a percepção negativa destas perturbações poderá contribuir para um distanciamento social. O presente estudo quantitativo explorou as percepções estereotipadas dos estudantes universitários portugueses face às perturbações de ansiedade e depressão. A amostra foi recolhida por dois questionários, composta por 413 estudantes de diferentes áreas científicas. Os resultados revelaram que os estudantes possuem estereótipos negativos reduzidos em relação às perturbações. Contudo, verificaram-se percepções estereotipadas mais negativas em relação à depressão. Adicionalmente, os estudantes de tecnologias manifestaram mais estereótipos negativos e o sexo feminino menos estereótipos negativos. Por fim, verificou-se uma associação entre os estereótipos negativos e um maior desejo de distanciamento social.

**Palavras-chave:** Estereótipos; Distanciamento Social; Estudantes Universitários; Perturbação de Ansiedade; Perturbação de Depressão.

## **Mental health stereotypes and impact on university students social distancing**

### **Abstract**

In recent years there has been an increase in the prevalence and severity of mental disorders in university students, but little about how they are perceived at university, or the effect on interpersonal relationships. Comprehensive models of stereotypes affect attitudes, emotions and behavior. In the university context, the negative perception of these disorders can contribute to social distancing. This quantitative study explored portuguese university students' stereotypical perceptions of anxiety and depression disorders. The sample was collected using two questionnaires and consisted of 413 students from different scientific areas. The results showed that students have few negative stereotypes about the disorders. However, there were more negative stereotypical perceptions of depression. In addition, technology students had more negative stereotypes and females had fewer negative stereotypes. Finally, there was an association between negative stereotypes and a greater desire for social distancing.

**Keywords:** Stereotypes; Social distancing; University students; Anxiety disorder; Depression disorder.

## Índice

1. Introdução.....	6
2. Enquadramento Teórico .....	8
2.1. Modelos compreensivos dos Estereótipos .....	8
2.1.1. O Modelo de Conteúdo Estereotipado .....	8
2.1.2. O Mapa dos Comportamentos de Afetos e Estereótipos Intergrupos	10
2.2. Estereótipos da doença mental .....	11
2.2.1. Estereótipos da perturbação de ansiedade .....	14
2.2.2. Estereótipos da perturbação de depressão .....	15
2.2.3. Estereótipos da perturbação de ansiedade e de depressão de acordo com os modelos compreensivos .....	16
2.3. Distanciamento social .....	17
2.4. Familiaridade .....	18
2.5. Área científica.....	19
2.6. Sexo .....	19
3. Formulação do problema de investigação.....	20
3.1. Hipóteses de estudo.....	21
4. Método.....	22
4.1. Participantes .....	22
4.2. Instrumentos.....	22
4.3. Procedimento .....	28
5. Resultados.....	29
5.1. Procedimento de análise de dados .....	29
5.2. Análise fatorial e consistência interna das escalas.....	30
5.3. Teste de hipóteses .....	33
5.3.1. Teste da hipótese 1: Fatores que explicam o distanciamento social .	33
5.3.2. Teste da hipótese 2: Comparação dos estereótipos consoante a perturbação de ansiedade e a perturbação de depressão .....	34

5.3.3. Teste de hipótese 3: Comparação dos estereótipos consoante áreas científicas frequentadas .....	36
5.3.4. Teste de hipótese 4: Comparação dos estereótipos consoante o sexo	39
6. Discussão .....	41
Limitações, Estudos Futuros e Implicações Práticas .....	47
7. Conclusão .....	51
8. Referências .....	53
ANEXOS .....	67

## **1. Introdução**

Globalmente, a doença mental é um dos maiores problemas de saúde pública (WHO, 2022). Um em quatro sujeitos desenvolve uma doença mental, todos os anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (2019). Em Portugal, as perturbações psiquiátricas abrangem cerca de um quinto da população, sendo que cerca de 16.5% correspondem a perturbações de ansiedade e 7.9% correspondem a perturbações depressivas (Correia et al., 2018). Com a pandemia da doença COVID-19, estes números aumentaram, passando a atingir taxas de incidência altas para as doenças mentais de depressão e de ansiedade, sumarizando um aumento de cerca de 25% (WHO, 2022; Xiong et al., 2020).

O início da vida académica dos estudantes é para muitos um dos melhores momentos das suas vidas, sendo um período de transição, de desenvolvimento, de descoberta, de liberdade, de responsabilidades e de escolhas. Os estudantes possuem assim pela frente uma complexa adaptação, seja a nível académico, social ou pessoal. É nesta fase da vida, a qual contempla mudanças complexas, que os alunos ficam mais vulneráveis a momentos de crise (Almeida, 2015), o que poderá explicar a elevada prevalência de perturbação de ansiedade e de depressão nesta fase da vida (Lee, 2020).

Os estereótipos são um processo de estereotipagem que envolve o ato de julgamento, por parte de um observador, que leva à atribuição de uma característica (Harper, 1999). Ao longo da história, foram muitas as transformações que ocorreram envolvendo as perceções da saúde e doença mental, sendo que, atualmente, os estereótipos constroem-se a partir dessas inúmeras imagens criadas e desconstruídas (Ferreira & Carvalho, 2017). Apesar de tais reconstruções, do aumento da prevalência da doença mental e do longo trabalho realizado no tratamento e abordagem da mesma, a sociedade ainda apresenta resistências e preconceitos face aos sujeitos com doença mental (Pescosolido et al., 2013; Reed, 2017).

O Modelo do Conteúdo Estereotipado (Fiske et al., 2002) e o Mapa dos Comportamentos de Afetos e Estereótipos Intergrupos (Cuddy et al., 2007) permitem compreender a perceção social, as emoções e comportamentos associados aos estereótipos. Deste modo, ambos os modelos constituem uma estrutura que contempla os estereótipos de grupo e as discriminações comportamentais específicas desencadeadas a partir de respostas emocionais face ao grupo estereotipado.

Tal como em outras faixas etárias, os estudantes universitários também parecem desenvolver visões estereotipadas em relação aos seus colegas e outros sujeitos com doença mental. Num momento no qual a aprovação social dos pares e a inclusão denota uma grande importância para o desenvolvimento do jovem (Erickson, 1968; Wahl et al., 2012), a existência destes estereótipos poderão levar a um maior distanciamento social do sujeito estereotipado. Este distanciamento poderá acarretar para o estudante consequências a nível educacional, social e pessoal (Abdelsalam & Mohamed, 2016).

Os estereótipos parecem estar associados, de acordo com inúmeros estudos, com a familiaridade à doença mental. Deste modo, estudos revelam que sujeitos que possuem uma maior proximidade regular com aqueles que possuem perturbações, possuem menos estereótipos negativos do que aqueles com uma menor proximidade (Reed, 2017; Lee, 2020)

Adicionalmente, segundo a literatura, a área científica frequentada pelos alunos também parece influenciar os estereótipos. Os estudos revelam os alunos das áreas de saúde possuem, usualmente, menores estereótipos negativos (Frempong & Spencer, 2019; Masedo et al., 2021; Neto et al., 2021; Vijayalakshmi et al., 2013).

Devido à alta incidência de perturbações nesta população, têm sido desenvolvidos estudos sobre os estereótipos de estudantes em Portugal, de modo a reconhecer os estereótipos presentes neste grupo em particular (Querido et al., 2016). Os estudos demonstram que os estudantes percebem os outros com doença mental tal como o resto da população: como sendo perigosos, responsáveis pela sua doença e com preferência por um distanciamento social (DeFreitas et al., 2018; Kosyluk et al., 2016).

O objetivo do presente estudo é investigar os estereótipos, as emoções e os comportamentos, especificamente o distanciamento social, face aos sujeitos com as perturbações de ansiedade e de depressão nos estudantes universitários portugueses. Irão também ser comparadas as duas perturbações, a área científica frequentada (saúde, tecnologias e artes) pelo estudante e o sexo.

## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1. Modelos compreensivos dos Estereótipos**

#### **2.1.1. O Modelo de Conteúdo Estereotipado**

O Modelo de Conteúdo Estereotipado (Fiske et al., 2002) refere que os sujeitos avaliam e julgam os membros do exogrupo com base em duas dimensões: afetuosidade (*warmth*) e competência (*competence*; Follmer & Jones, 2017). Deste modo, os estereótipos variam consoante a conjugação dos níveis percebidos das duas dimensões (Sadler et al., 2012).

Fiske e colegas (2007) revelaram que a afetuosidade e a competência são dimensões confiáveis e universais para a realização do julgamento social. Adicionalmente, são vários os estudos que apoiam as previsões do modelo do conteúdo estereotipado tais como os estudos de Cuddy e colegas (2008) e de Fiske (2018). Existem inúmeras pesquisas que sustentam a transculturalidade do modelo (Bye & Herrebrøden, 2018; Fiske, 2018). Apesar de tal universalidade, o estudo de Fiske e Durante (2016) revela que algumas variações culturais são esperadas.

A dimensão de afetuosidade está relacionada com a perceção das intenções sociais, positivas ou negativas do grupo (Follmer & Jones, 2017). Quando a dimensão de afetuosidade é percebida como alta, os sujeitos percecionam os outros como sendo amigáveis (Follmer & Jones, 2017), confiáveis e/ou simpáticos (Boysen et al., 2020; Fiske, 2018; Görzig et al., 2019). Já a dimensão de competência refere-se à eficácia do sujeito na realização dessas intenções (Follmer & Jones, 2017). Quando esta dimensão é elevada, os sujeitos são percebidos como inteligentes, competitivos (Follmer & Jones, 2017), competentes, capazes, confiantes, habilidosos e eficientes (Boysen et al., 2020; Fiske, 2018). Pelo contrário, quando os níveis percebidos das duas dimensões são baixos, geram-se estereótipos negativos (Sadler et al., 2012).

Com base na combinação dos níveis percebidos das duas dimensões, o modelo relata quatro padrões: um padrão positivo de alta afetuosidade e alta competência; um padrão negativo de baixa afetuosidade e baixa competência; dois padrões mistos, que variam entre baixa afetuosidade e alta competência e entre alta afetuosidade e baixa competência (Görzig & Ryan, 2022).

O modelo comprovou que as reações afetivas, ou seja, as emoções, face aos sujeitos estereotipados, originam-se a partir da atribuição de níveis das dimensões de afetuosidade e competência (Sadler et al., 2015). Assim, é possível antever as reações afetivas tendo como base os padrões mencionados acima (Fiske et al., 2002). Deste modo, grupos com níveis elevados de afetuosidade e competência (AA/AC) suscitam admiração e/ou orgulho, já os grupos com níveis baixos de afetuosidade e baixos de competência (BA/BC) suscitam desprezo (que inclui emoções como a raiva e o medo). Os grupos mistos, que possuem níveis elevados de afetuosidade, mas níveis baixos de competência (AA/BC) suscitam pena e simpatia, e por fim, grupos com baixos níveis de afetuosidade, mas com altos níveis de competência (BA/AC) suscitam inveja ou ciúme (Fiske, 2015; Görzig et al., 2019).

O padrão AA/AC desenvolve-se face a sujeitos que alcançam resultados favoráveis, sendo considerados competentes, e esses resultados possuem implicações positivas para os outros, sendo considerados afetuosos (Fiske, 2018). O padrão BA/BC é atribuído a moradores de rua, beneficiários de assistência social e pessoas com doença mental (Boysen et al., 2020; Meyer & Asbrock, 2018; Sadler et al. 2012). Estes são percebidos tendo uma intenção negativa em relação ao resto sociedade, sendo considerados até aproveitadores, possuindo assim níveis baixos de afetuosidade. São ainda percebidos como sendo incapazes de obter sucesso por conta própria, são percebidos com baixos níveis de competência. Uma vez que competem por recursos, mas que não possuem as competências para os obter, os sujeitos desenvolvem face a estes, emoções de desprezo, raiva ou ódio (Fiske, 2018).

Os estereótipos paternalistas (mistos) referem-se ao padrão AA/BC, direcionados, usualmente, a idosos, mulheres tradicionais e pessoas com deficiência física (Meyer & Asbrock, 2018). Estes são percebidos como não conseguindo ter controlo face à sua baixa competência, no entanto, são percebidos como possuidores de intenções positivas para com a sociedade, sendo alvo de emoções de piedade e simpatia (Fiske et al., 2018). Os estereótipos invejosos referem-se ao padrão BA/AC, usualmente, direcionados a mulheres não tradicionais (i.e., mulheres de carreira, feministas, homossexuais, atletas), asiáticos e indivíduos ricos (Fiske, 2018; Meyer & Asbrock, 2018). Estes sujeitos tendem a possuir um elevado sucesso socioeconómico, pelo que são uma ameaça com alto nível competitivo, gerando, nos outros, emoções de inveja, que estão associadas à cobiça das suas posses. Apesar de tais resultados positivos, os mesmos

são percebidos como tendo intenções negativas, interferindo com as metas do grupo (Fiske, 2018).

### **2.1.2. O Mapa dos Comportamentos de Afetos e Estereótipos Intergrupos**

O Mapa dos Comportamentos de Afetos e Estereótipos Intergrupos (Cuddy et al., 2007), amplifica o Modelo dos Conteúdos Estereotipados. Este modelo teoriza que as emoções geradas pelas percepções dos níveis de competência-afetuosidade, preveem comportamentos de preconceito (Gärtner et al., 2022).

O principal e primeiro estudo que testou a teorização do modelo causal foi o estudo de Cuddy e colegas (2007), que garantiu e apoiou as relações inicialmente hipotéticas, entre emoções e padrões de intenções comportamentais. Recentemente, uma replicação deste estudo foi realizada por Bye e Herrebrøden (2018), no qual efetuaram um novo teste de mediação do modelo causal. As descobertas decorrentes desse teste foram de encontro às originais do estudo de Cuddy e colegas (2007).

Segundo este modelo, existem duas dimensões de comportamentos de preconceito: ativo-passivo e facilitação-dano. No que diz respeito à primeira dimensão, enquanto os comportamentos ativos estão associados a uma intenção deliberada para afetar o outro e os comportamentos passivos refletem ações de afetar o outro que acarretam um menor nível de esforço. A segunda dimensão, facilitação-dano, refere-se à valência do comportamento, distinguindo o comportamento pró-social (facilitação), que leva a resultados/ganhos positivos, do comportamento antissocial (dano), que resulta em resultados prejudiciais ou perdas para o grupo-alvo (Cuddy et al., 2007).

Ambas as dimensões poderão ser conjugadas entre si, gerando quatro tipos de comportamentos de preconceito. Os comportamentos de facilitação ativa, são atitudes explícitas de ajuda ou defesa do grupo-alvo. Os comportamentos de facilitação passiva beneficiam o outro por meio da cooperação ou associação. Os comportamentos de dano ativo associam-se a ações de intimidação e agressão, prejudicando diretamente o grupo-alvo. Por fim, os comportamentos de dano passivo incluem atitudes de exclusão ou negligência, com finalidade de diminuir o valor social do grupo-alvo (Bye & Herrebrøden, 2018; Cuddy et al., 2007; Gärtner et al., 2022).

De acordo com este modelo, as percepções dos níveis de afetuosidade irão predizer os comportamentos ativos. Percepções de níveis elevados de afetuosidade irão gerar

comportamentos de facilitação ativa, e percepções de níveis baixos de afetuosidade irão gerar comportamentos danos ativos. Por sua vez, as percepções dos níveis de competência irão prever os comportamentos passivos. Percepções de níveis elevados de competência irão gerar comportamentos de facilitação passiva, e percepções de níveis baixos de competência irão gerar comportamentos de danos passivos (Bye & Herrebrøden, 2018; Cuddy et al., 2007).

Uma explicação para tal associação, segundo Peeters (1983), decorre do facto de que a afetuosidade é uma qualidade lucrativa para a sociedade, enquanto a competência é somente lucrativa a nível individual. Deste modo, parece que a dimensão de afetuosidade leva a que os sujeitos possuam uma necessidade urgente de reação, o que explica a associação com as tendências comportamentais ativas (Cuddy et al., 2007). Deste modo, a dimensão de afetuosidade, é julgada mais rapidamente do que a dimensão competência (Willis & Todorov, 2006), uma vez que os custos de lidar sujeitos pouco afetuos comparativamente a não competentes são superiores (Wojciszke, 2005).

Esse modelo teoriza ainda que as dimensões de afetuosidade-competência e as tendências comportamentais são mediadas pelo preconceito emocional (Cuddy et al., 2007). Deste modo, a admiração gerada pela percepção do padrão AA/AC, iria desencadear comportamentos de facilitação ativa e passiva. O desprezo (medo e raiva) gerado pela percepção do padrão BA/BC, levam a comportamentos de dano ativo e passivo. No que diz respeito aos padrões mistos, a pena/simpatia do padrão AA/BC, irão gerar comportamentos de facilitação ativa e/ou dano passivo e a inveja decorrente das percepções do padrão BA/AC desencadeia comportamentos de facilitação passiva e/ou dano ativo (Cuddy et al., 2007).

Recapitulando, a admiração (AA/AC) prevê comportamentos de facilitação ativa e passiva, o desprezo (BA/BC) prevê comportamentos de dano ativo e passivo, a pena (AA/BC), prevê facilitação ativa e dano passivo e a inveja (BA/AC) prevê o dano ativo e a facilitação passiva.

## **2.2. Estereótipos da doença mental**

A doença mental foi, desde sempre, objeto de estereótipos negativos ou positivos em função do contexto cultural e momento, adquirindo uma predominância de estereótipo negativo nas sociedades ocidentais. Apesar de o estereótipo estar mais associado a

doenças mentais graves, como é exemplo a esquizofrenia, a sua prevalência também abrange outras doenças mentais (Lee, 2020). Os sujeitos com doença mental são vistos como sendo perigosos e imprevisíveis (Corrigan et al., 2016; Stuber et al., 2014; Xavier et al., 2013) e como sendo responsáveis pela sua doença (Corrigan & Bink, 2016; Elliott & Doane, 2015), isto é, é feita uma atribuição causal interna. Muitos sujeitos acreditam que a doença mental não é uma problemática real e que a expressão da mesma é um sinal da fraqueza por parte dos indivíduos (Gil, 2015). Adicionalmente, são muito poucos os indivíduos que sabem reconhecer os sinais e os sintomas da doença mental (Angermeyer & Dietrich, 2006).

Os estereótipos da saúde mental surgem na literatura associados a um conjunto de conceitos negativos. De acordo com Jones e colegas (1984 cit. in Yang et al., 2007), existem o que chamam de “marcas”. As “marcas” são um processo de categorização cognitiva, no qual uma condição desviante é identificada pela sociedade. Face a essa categorização, são aplicados rótulos aos sujeitos diferenciados. Quando estes são aplicados desenvolve-se na sociedade uma diferenciação nas suas emoções e comportamentos face aos sujeitos com as diferenças percebidas (Harper, 1999). De acordo com as definições consideradas no presente estudo, considera-se que a definição de “marca” corresponde de modo muito similar à de “estereótipos”.

Jones e colegas propuseram a existência de seis dimensões de “marcas” ou “estereótipos”: Perigo, Perturbação ou Disruptividade, Qualidades estéticas, Ocultabilidade, Origem e Curso (Stringer & Baker, 2018). A dimensão de “Perigo”, corresponde à percepção de uma ameaça ou possível contágio (Pachankis et al., 2018), no que diz respeito aos sujeitos com doença mental. Os sujeitos com doença mental são usualmente percebidos como perigosos (Corrigan et al., 2016; Aromaa et al., 2011) e imprevisíveis (Aromaa et al., 2011).

A dimensão “Perturbação” ou “Disruptividade” refere-se a uma marca que interfere com os relacionamentos interpessoais (Kurzban & Leary, 2001), estando relacionado com interrupção e incertezas face aos relacionamentos (Pachankis et al., 2018). Os sujeitos com doença mental são percecionados como sujeitos difíceis de conversar (Abdelsalam & Mohamed, 2016; Wood et al., 2014) e como não sendo confiáveis (Angermeyer & Dietrich, 2006; Jorm et al., 2006) o que poderá levar a interferências nos seus relacionamentos. A dimensão de “Qualidades estéticas” envolve a percepção dos sujeitos com características desagradáveis, tais como, por exemplo falta

de higiene ou cuidado pessoal, que poderá estar associado ao desenvolvimento de reações de repulsa, o que irá gerar maior perigo de estereotipação (Pachankis et al., 2018). Os sujeitos com doença mental são vistos como preguiçosos (Wood et al., 2014) com as atividades diárias, mas também com os seus cuidados pessoais. A dimensão “Ocultabilidade” refere-se à visibilidade da condição, sendo que quanto maior a condição for visível, maior será o impacto negativo. Quando não existe visibilidade, significa que não irão ocorrer estereótipos (Zhang et al., 2021), deste modo a não deteção da condição levará a um tratamento do sujeito considerado normalizado.

Por fim, a dimensão de “Origem e Curso” diz respeito à persistência e mudança temporal (Jones et al., 2016; Pachankis et al., 2018). Quando o estereótipo é entendido como controlável (Kibler et al., 2020), gera emoções de culpa e raiva (Rodell & Lynch, 2016), quando é entendido como incontrolável leva a emoções de pena (Lyons et al., 2017). Usualmente, os sujeitos com doença mental são percebidos como sendo responsáveis pelas suas doenças (Corrigan & Bink, 2016), possuindo controlo sobre as mesmas (Calejar et al., 2021) e podendo recuperar se assim o pretenderem (Aromaa et al., 2011).

Neste sentido, as categorias de estereótipos, usualmente, provocam emoções de raiva, medo, ansiedade, tristeza, irritação e antipatia face aos sujeitos estereotipados (Devendorf et al., 2020). Apesar de tais emoções negativas, uma parte da sociedade acredita que estes sujeitos necessitam de ajuda, por isso, podem desenvolver respostas emocionais positivas. Por outro lado, as respostas dos sujeitos podem ser muito influenciadas pela desejabilidade social, o que levará ao aparecimento de enviesamentos, na investigação, decorrentes das reações pró-sociais falsas (Angermeyer et al., 2010).

Os efeitos negativos dos estereótipos face à doença mental são globais e persistentes (Angermeyer et al., 2010; Pescosolido et al., 2010). As consequências para os sujeitos visados, variam em função das áreas da vida: a nível individual, profissional, social ou familiar. Muitas destas consequências são avaliadas e descritas na literatura: desenvolvimento de sentimentos de vergonha (Reed, 2017), exclusão, medo e isolamento, (Reed, 2017; Silva, 2017), perda de oportunidades, restrições no acesso à saúde (Knaak et al., 2017), diminuição da adesão da terapia (Shrivastava, 2012), redução do uso de serviços de saúde mental (Schomerus et al., 2019), desumanização (Boysen et al., 2020), perdas de oportunidades de trabalho (Tzouvara et al., 2016), rejeição dos potenciais

parceiros amorosos (Boysen et al., 2019) e distanciamento social (Parcesepe & Cabassa, 2013).

Apesar das dimensões universais relatadas pelo modelo de Jones e colegas (1984) dos estereótipos que se aplicam à doença mental, as mesmas parecem variar qualitativamente e quantitativamente face às particularidades de cada perturbação mental específica, como é o caso da ansiedade e da depressão.

### **2.2.1. Estereótipos da perturbação de ansiedade**

A ansiedade é sentida por todos os seres humanos em inúmeros momentos das suas vidas, sendo um traço normativo que aciona respostas fisiológicas, comportamentais e cognitivas do organismo (Antunes, 2018). Apesar de poder ser adaptativa, a ansiedade torna-se patológica a partir do momento em que estas ativações do estado de alerta começam a ser desproporcionais face à situação (APA, 2014). Nestes casos, a ansiedade é caracterizada por preocupações excessivas e persistentes (Newman et al., 2013), gerando sintomas a nível cognitivo, emocional, comportamental e psicológico (Antunes, 2018).

A ansiedade patológica pode variar entre inúmeras especificações: perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade social, perturbação de pânico, fobias específicas ou agorafobia (APA, 2014). O estudo presente foi desenvolvido com o foco na perturbação de ansiedade generalizada, dando-se nomenclatura de “perturbação de ansiedade”.

Especificamente, a ansiedade generalizada provoca, nos sujeitos, uma preocupação excessiva e desproporcional (Barlow, 2022). Tal preocupação é dificilmente controlável, pelo que, muitos sujeitos evitam situações geradoras da mesma (APA, 2014; Antunes, 2018). Apesar deste aspeto, é de opinião pública que os sujeitos com perturbação de ansiedade possuem um controlo sobre a mesma (Calejar et al., 2021). Os sujeitos acreditam que sofrer de uma perturbação de ansiedade é uma escolha, pelo que poderão recuperar caso assim o desejarem (Calejar et al., 2021). Deste modo, os sujeitos acreditam que os sujeitos com a perturbação possui culpa da sua doença (Wood et al., 2014).

As preocupações diárias dos sujeitos com perturbação de ansiedade interferem de modo significativo no seu funcionamento psicossocial, o que poderá levar a que os outros

as percebam como sendo sujeitos muito instáveis (Calejar et al., 2021). O doente ainda possui sintomas físicos tais como é exemplo tensão muscular, falta de ar e tonturas (Antunes, 2018). Apesar da enorme gama de sintomas físicos e psicológicos apresentados por estes sujeitos, a sociedade ainda percebe a perturbação de ansiedade como não sendo uma condição médica real (Calejar et al., 2021; Yoshioka et al., 2014) e como sendo somente uma fraqueza pessoal dos doentes (Calejar et al., 2021).

Todos estes estereótipos, assim como percepções de perigo que são muitas vezes associadas aos sujeitos com perturbação de ansiedade, levam a que exista distanciamento social face a estes doentes estereotipados (Anderson et al., 2015).

Apesar da perturbação de ansiedade estar assim como qualquer outra perturbação, está submetida a estereótipos, verificou-se com base em alguns estudos que, comparativamente à perturbação de depressão, a perturbação de ansiedade está associada a estereótipos menos negativos (Anderson et al., 2015; Calejar et al., 2021; Wood et al., 2014)

Apesar da elevada prevalência de perturbações de ansiedade na nossa sociedade, a relação entre os estereótipos e a ansiedade só emergiu mais recentemente. A literatura que explora esta relação ainda não é vasta, focalizando-se, maioritariamente, na ansiedade social do que em outras perturbações de ansiedade (Curcio & Corboy, 2020). De facto, de acordo com um estudo que investigou a alfabetização da perturbação de ansiedade generalizada, esta é a perturbação que é menos reconhecida entre os jovens (Coles & Coleman, 2010), sendo poucos os estudos sobre os estereótipos desenvolvidos com esta população, que se focalizam, na sua maioria, na população adulta (Batterham et al., 2013; Grant et al., 2016).

### **2.2.2. Estereótipos da perturbação de depressão**

A Organização Mundial da Saúde refere que a depressão é a perturbação crónica que mais afeta os sujeitos do mundo inteiro (Barlow, 2022), abrangendo cerca de 4.4% da população mundial (WHO, 2022). Em Portugal, a prevalência anual de perturbações depressivas abrange cerca de 10% do total da população (OPP, 2021).

A distinção entre o estado adaptativo de tristeza e a identificação da doença mental de depressão baseia-se na sua severidade, persistência, prejuízo funcional e social e ainda pela presença de outros sintomas além da mudança de humor (Sousa, 2015). É importante

que ocorra esta clarificação já que o termo de Depressão é utilizado erroneamente para descrever o estado emocional de tristeza (Sousa, 2015), o que pode levar os indivíduos a descredibilizar a severidade desta doença mental e a considerar os sujeitos como sendo culpados das suas próprias perturbações (Aromaa et al., 2011). Os sujeitos com depressão são ainda vistos como possuidores de personalidades fracas (Yokoya et al., 2018), o que irá levar à responsabilização dos mesmos pelas suas doenças, por parte da sociedade.

Sujeitos diagnosticados com depressão apresentam humor deprimido e diminuição do interesse e prazer. A perturbação de humor e a severidade da perturbação poderá levar a que os sujeitos possuam dificuldades sociais, o que os leva a serem vistos como sendo sujeitos complicados, delicados ou até mesmo inadequados (Abdelsalam & Mohamed, 2016). Num estudo realizado por Wood e colegas (2014), verificou-se que os sujeitos com esta perturbação eram percecionados como sujeitos mais difíceis de interagir. Por sua vez, a diminuição do interesse e prazer pelas atividades poderão levar a que acreditem que os mesmos são preguiçosos (Wood et al., 2014).

Outros sintomas variam entre insónias ou hipersónia, fadiga, redução do apetite, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, diminuição da sua capacidade para pensar ou se concentrar, irritabilidade, indecisão, pensamentos recorrentes de morte, ou até ideação suicida. Todos estes sintomas causam no sujeito um sofrimento clinicamente significativo e um prejuízo do seu funcionamento social, profissional e de outras áreas significativas da sua vida (Barlow, 2022).

Apesar dos inúmeros sintomas, muitas vezes difíceis de ultrapassar, a sociedade acredita que os sujeitos com depressão devem-se “recompor”, sendo os responsáveis pelas suas recuperações (Wood et al., 2014). Muitos destes sintomas conferem ao sujeito uma certa instabilidade, o que poderá levar a uma visão estereotipada da sociedade de que são imprevisíveis (Aromaa et al., 2011) e de que não são confiáveis (Angermeyer & Dietrich, 2006; Jorm et al., 2006), sendo até vistos como sujeitos perigosos (Aromaa et al., 2011; Cook & Wang, 2010).

### **2.2.3. Estereótipos da perturbação de ansiedade e de depressão de acordo com os modelos compreensivos**

De acordo com o Modelo dos Conteúdos Estereotipados, os sujeitos com doença mental são percecionados com baixo nível de afetuosidade e de competência (Boysen et

al., 2020; Meyer & Asbrock, 2018; Sadler et al. 2012). No entanto, no estudo de Fiske (2012), os sujeitos com doença mental foram percebidos com níveis moderados em ambas as dimensões.

Estudos realizados especificamente com alvo a perturbação de depressão, verificaram que estes sujeitos eram percebidos com baixos níveis de afetuosidade e de competência (Follmer & Jones, 2017; Görzig et al., 2019), indo de encontro à teorização inicial do modelo. Contrariamente, o estudo de Sadler e colegas (2015), revelou resultados de alta afetuosidade e baixa competência e o estudo de Torras e colegas (2023), obtiveram resultados de alta afetuosidade e moderada competência.

Em relação à perturbação de ansiedade, de acordo com o estudo de Fiske (2012), estes sujeitos são percebidos com ambas as dimensões a níveis médios, no entanto, nos estudos de Görzig e colegas (2019), Follmer e Jones (2017) e Sadler e colegas (2012) foram percebidos com baixa competência e níveis médios de afetuosidade.

Deste modo, é possível verificar, devido à variedade de resultados, que nem todas as doenças mentais possuem as mesmas percepções estereotipadas. No estudo de Torra e colegas (2023), a esquizofrenia e a perturbação de personalidade *borderline* obtiveram baixos níveis em ambas as dimensões, no entanto, a perturbação de depressão e de ansiedade obtiveram resultados médios em ambas as dimensões.

Estudos que analisaram o Mapa dos Comportamentos de Afetos e Estereótipos Intergrupos, revelam que as percepções estereotipadas para com os sujeitos com depressão e ansiedade parecem estar associadas com a ativação de respostas emocionais de desprezo, medo e raiva e, conseqüentemente, tais parecem resultar em respostas comportamentais de dano ativo e/ou passivo (Boysen, 2017; Sadler et al., 2015).

### **2.3. Distanciamento social**

A distância social é um construto que descreve o nível de disposição e/ou desejo para interagir com outros sujeitos. Enquanto um baixo desejo de distanciamento social leva à pertença de um grupo, o elevado desejo de distanciamento social implica uma exclusão (Boyd et al., 2010).

De acordo com o modelo do Mapa dos Comportamentos de Afetos e Estereótipos Intergrupos, é expectável que sujeitos com doença mental sejam sujeitos a comportamentos de dano passivo e ativo. No estudo de Sadler e colegas (2015), foi

comprovada a associação do distanciamento social, enquanto comportamento de dano passivo, aos estereótipos decorrentes de percepções de nível baixo de afetuosidade e nível baixo de competência. Também um estudo mais recente desenvolvido por Follmer e Jones (2017), verificou que os estereótipos influenciam o desejo de distanciamento social de sujeitos com perturbação de ansiedade e perturbação de depressão.

#### **2.4. Familiaridade**

A hipótese do contacto, criada por Allport, em 1954, refere que o contacto com membros de diversos grupos leva à diminuição do preconceito e aumento da aceitação e compreensão (Anagnostopoulos & Hantzi, 2011).

De acordo com a teoria, sujeitos que possuem uma proximidade regular (e.g. família, amigos, colegas de trabalho ou de universidade) seriam aqueles com maior familiaridade (Reed, 2017). Essa maior familiaridade, criada a partir de um maior contacto, poderá reduzir a incerteza e a ameaça sentida, diminuindo os estereótipos (Anagnostopoulos, & Hantzi, 2011). Tal efeito ocorre, já que é mediado por reações emocionais (Angermeyer et al., 2010). Estudos como o de Anagnostopoulos e Hantzi (2011), verificaram que a familiaridade leva a um aumento de sentimentos empáticos, que, consequentemente, resulta em atitudes mais positivas. Também o estudo de Lee (2020), verificou que os estudantes universitários com um maior contacto com a doença mental possuíam menores estereótipos negativos.

Além da redução do preconceito, a familiaridade poderá levar também a uma redução de comportamentos preconceituosos, como é o caso do distanciamento social. De facto, o estudo realizado por Anagnostopoulos e Hantzi (2011) verificou que quanto maior foi a familiaridade, menor foi o desejo de distanciamento social dos participantes.

Apesar de tais resultados, o estudo de Reed (2017) verificou que uma maior familiaridade poderia levar a maiores níveis de estereótipos. Tal aspeto poderá ser explicado pelo facto das relações de familiaridade aumentaram a intimidade na relação. Uma maior intimidade, que inclui maiores interações e partilhas de valências emocionais, poderá levar a que o sujeito próximo tenha que atender às necessidades do sujeito com doença mental, assim como acarretar com todas as valências emocionais envolvidas ao mesmo (Corrigan & Nieweglowski, 2019).

## **2.5. Área científica**

A universidade, tal como outros locais, apesar de ser um ambiente que tenta ser acolhedor e seguro, também poderá ser um local onde ocorrem estereótipos, por parte dos alunos (Ferreira et al., 2015). Muitas vezes tais estereótipos advêm da falta de conhecimento sobre a doença mental (Rocha et al., 2015), pelo que parece que os estudantes que têm uma maior familiaridade, possuem menores níveis de estereótipos. Esta hipótese foi comprovada por meio de inúmeros estudos que verificaram que alunos com cadeiras curriculares que não incluíam temas da saúde mental possuíam maiores níveis de estereótipos negativos em comparação com os alunos que tiveram contacto com a temática (Querido et al., 2020; Neto et al., 2021).

O estudo realizado por Frempong e Spencer (2019), verificou que os estudantes de ciências, comparativamente, aos estudantes de artes, demonstraram atitudes mais negativas em relação à perturbação de ansiedade e de depressão. Também o estudo de Masedo e colegas (2021), verificou que os estudantes de psicologia e de terapia ocupacional, possuíam menores níveis de estereótipos negativos. Outro estudo realizado por Vijayalakshmi e colegas (2013) também verificou que os alunos de saúde possuíam atitudes mais positivas.

## **2.6. Sexo**

Num estudo realizado por Toussaint & Webb (2005), as mulheres revelaram ter níveis mais elevados de empatia, em comparação com os homens. A empatia é o sentimento de se concentrar nas experiências do outro de modo altruísta, o que leva a que os sujeitos possuam uma maior capacidade para entender e se relacionar com os outros (Phelan & Basow, 2007). As mulheres são percebidas como sendo mais capazes de compreender os pensamentos e sentimentos dos outros (Klein & Hodges, 2001). Deste modo, o sexo poderá afetar a magnitude dos estereótipos da doença mental.

Vários estudos comprovam esta associação. Os estudos de Boerema e colegas (2016) e de Grant e colegas (2016), demonstraram que as mulheres apresentavam menores níveis de estereótipos comparativamente aos homens. Também os estudos realizados por Abi Doumit e colegas (2019) e Subramaniam e colegas (2017) verificaram que as mulheres possuíam estereótipos mais positivos dos sujeitos com doença mental.

O estudo de Abi Doumit e colegas (2019) verificou que o sexo feminino tinha maiores conhecimentos da doença mental e menores estereótipos negativos associados ao

doente mental enquanto sujeito inferior, ao doente mental ser perigoso. O sexo feminino visualizou o sujeito com doença mental com uma visão humanista e solidária e aceitou a sua integração na comunidade. Já o estudo de Subramaniam e colegas (2017), também verificou atitudes mais positivas do sexo feminino face os sujeitos com doença mental, nomeadamente menor desejo de distanciamento social e menores estereótipos de que o sujeito com doença mental é perigoso/imprevisível e fraco/não doente.

### **3. Formulação do problema de investigação**

O Modelo do Conteúdo Estereotipado (Fiske et al., 2002) e o Mapa dos Comportamentos de Afetos e Estereótipos Intergrupos (Cuddy et al., 2007), são as duas teorizações a partir das quais os estudos sobre os estereótipos da doença mental têm sido desenvolvidos. Enquanto o Modelo do Conteúdo Estereotipado fornece informações sobre os estereótipos com base nas dimensões de afetuosidade e competência decorrentes das emoções, o Mapa dos Comportamentos de Afetos e Estereótipos Intergrupos, aprofunda os comportamentos de preconceito advindos de tais estereótipos, tal como é exemplo o distanciamento social. Os estudos que partem destas teorizações focam-se ou na doença mental de modo geral ou em doenças mentais específicas (e. g. Fiske, 2012, Follmer & Jones, 2017, Görzig et al., 2019, Sadler et al., 2015; Sadler et al., 2012; Wood et al., 2014). O presente estudos focalizou-se na depressão e na ansiedade.

Atualmente, existe uma boa fundamentação dos estereótipos da doença mental com variadas populações. Os estudos abrangem populações alvo não clínicas (trabalhadores, estudantes, amostras comunitárias) ou clínicas. Adicionalmente, desenvolvem-se em variados países. Em Portugal, os estudos sobre os estereótipos são menos prevalentes e variados.

De acordo com Fiske e Durante (2016), os estereótipos variam consoante a cultura, pelo que é crucial que estes sejam estudados aprofundadamente em países com culturas diferenciadas. É ainda de enorme relevância o foco dos estereótipos pronunciados em doenças mentais específicas, já que muitos estudos comprovam diferenças significativas (Wood et al., 2014). Além da cultura, a faixa etária da população alvo, poderá também surtir influência nos resultados dos níveis de estereótipos (Fiske & Durante, 2016), seja devido à individualidade do grupo ou à maior abertura com esta temática.

Variados estudos demonstram que a familiaridade poderá gerar impacto nos estereótipos (e.g. Anagnostopoulos & Hantzi, 2011; Brown, 2012; Lee, 2020; Reed, 2017; Van der Sanden et al., 2013). Neste sentido, o tipo de curso científico frequentado pelos alunos poderá influenciar os estereótipos, visto que o seu nível de familiaridade com a saúde mental pode variar com base nos conteúdos estudados (e.g. Frempong & Spence, 2019; Masedo et al., 2021; Vijayalakshmi et al., 2013). Por fim, o sexo, é outra variável que poderá influenciar os estereótipos, sendo que as mulheres possuem, nos estudos analisados, menores estereótipos negativos (e. g. Conceição et al., 2022; Abi Doumit et al. 2019).

O presente estudo procura aprofundar os estereótipos dos estudantes universitários portugueses, assim como aprofundar as emoções sentidas pelos mesmos face à ansiedade e à depressão. Adicionalmente, o estudo irá verificar fatores que possam explicar o distanciamento social, um comportamento estereotipado de dano passivo. Por fim, serão analisadas as diferenças dos estereótipos consoante o sexo e a área científica frequentada pelo estudante.

### **3.1. Hipóteses de estudo**

Foram definidas quatro hipóteses de estudo:

Hipótese 1: Espera-se que a escala de estigma da doença mental, os estereótipos, as emoções e a familiaridade, contribuam para explicar o distanciamento social em relação aos sujeitos com perturbação de ansiedade e perturbação de depressão.

Hipótese 2: Esperam-se diferenças significativas para a escala do estigma da doença mental, para os estereótipos, para as emoções e para o distanciamento social entre a perturbação de ansiedade e a perturbação de depressão, esperando-se que os alunos apresentem estereótipos mais negativos face à perturbação de depressão.

Hipótese 3: Presumem-se diferenças significativas entre as perceções estereotipadas da perturbação de ansiedade e da perturbação de depressão dos estudantes entre as áreas de ciências da saúde, as áreas de ciências tecnológicas e as áreas de artes, esperando-se que os alunos das ciências da saúde apresentem menos estereótipos negativos, comparativamente às restantes áreas.

Hipótese 4: Especula-se que o sexo feminino, comparativamente ao sexo masculino, apresente perceções estereotipadas menos negativas acerca da perturbação de ansiedade e da perturbação de depressão.

## 4. Método

### 4.1. Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 413 participantes, estudantes universitários portugueses da Universidade de Évora, com idades compreendidas entre os 17 e os 50 anos ( $M = 21,81$ ;  $DP = 5,87$ ), sendo a amostra predominantemente feminina (75.1%). Dos 413 participantes, 235 frequentavam cursos das áreas da saúde (50.5%), 82 das áreas de tecnologias (19.9%) e 96 das áreas de artes (23.2%). As características sociodemográficas dos participantes encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1. *Características da amostra final (N=413)*

Variáveis	Questionário face à ansiedade n (%)	Questionário face à depressão n (%)	Amostra Completa n (%)
Idade			
Entre os 17 e os 20 anos	120 (57.7%)	111 (54.1%)	231 (55.9%)
Entre os 21 e os 24 anos	62 (29.8%)	58 (28.3%)	120 (29.1%)
Entre os 25 anos e os 29 anos	10 (4.8%)	19 (9.3%)	29 (7.0%)
Entre os 30 e os 40 anos	12 (5.8%)	9 (4.4%)	21 (5.1%)
Mais de 40 anos	4 (1.9%)	8 (3.9%)	12 (2.9%)
<i>M (DP)</i>	21.53 (5.4)	22.10 (6.3)	21.81 (5.9)
Sexo			
Masculino	56 (26.9%)	47 (22.9%)	103 (24.9%)
Feminino	152 (73.1%)	158 (77.1%)	310 (75.1%)
Área científica			
Áreas de saúde	105 (50.5%)	130 (63.4%)	235 (56.9%)
Áreas de tecnologias	43 (20.7%)	39 (19%)	82 (19.9%)
Áreas de artes	60 (28.8%)	36 (17.6%)	96 (23.2%)
Total	208	205	413

### 4.2. Instrumentos

No presente estudo, o questionário foi adaptado em duas versões: uma para avaliar as perceções da perturbação de ansiedade e outra para avaliar as perceções da perturbação de depressão. Ao longo dos instrumentos foram adicionadas questões de controlo de qualidade do estudo (e.g. “*Esta questão é um controlo de qualidade. Pedimos gentilmente*”).

que seleccione o 3.”) que permitiram verificar respostas aleatórias dos participantes. Ambos os instrumentos são constituídos por respostas fechadas e são compostos pelas seguintes medidas:

(1) *Ficha de Dados Sociodemográficos*. Integra questões que visam obter informações acerca das variáveis de natureza sociodemográfica (e.g. sexo, idade e área de curso).

(2) *Escala de Estereótipos*. Para medir os estereótipos foi construída uma escala baseada em Cuddy et al. (2007) e em Fiske et al. (2002). Foi utilizada uma escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (Nada) e 5 (Extremamente). A escala dos estereótipos possui três fatores: competência, afetuosidade e motivação. A competência e a afetuosidade são as duas dimensões que quando conjugadas transparecem os estereótipos, segundo o Modelo do Conteúdo Estereotipado (Fiske et al., 2002). O fator motivação, foi acrescentado a estas duas dimensões, por se destacar como um fator importante em estudos sobre estereótipos (Dordoni & Argentero, 2015). O fator competência é composto por cinco itens: inteligente, competente, eficaz, habilidosa e competitiva. Já o fator afetuosidade também inclui cinco itens: simpática, afetuosa, cooperante, amigável e confiável. Por fim, o fator motivação engloba três itens: motivada, interessada e gosta de desafios. A escala possui um total de 13 itens. No que diz respeito às suas propriedades psicométricas, a escala apresenta para o fator competência um *Alpha* de Cronbach de .81, já o fator afetuosidade apresenta um *Alpha* de Cronbach de .83 e o fator motivação apresenta um *Alpha* de Cronbach de .79.

(3) *Escala de Emoções*. Com o propósito de medir as emoções, foi utilizada uma escala baseada em Cuddy et al. (2007) e em Fiske et al. (2002). A escala de resposta utilizada foi a de Likert de 5 pontos, variando de 1 (Nada) a 5 (Extremamente). A Escala das emoções possui cinco fatores: raiva, admiração, inveja, medo e piedade. O fator raiva é composto por dois itens: repugnância e desprezo, o fator admiração por dois itens: admiração e orgulho, o fator inveja também por dois itens: inveja e ciúme, o fator medo é composto por os itens inquieto e medo, e, por fim, o fator piedade é composto por dois itens: simpatia e empatia.

No que diz respeito às propriedades psicométricas, o *Alpha* de Cronbach para cada fator foi o seguinte: raiva .80; admiração .80; inveja .81; medo .55 e piedade .52. As

escalas de medo e piedade não obtiveram propriedades psicométricas aceitáveis. Logo, procedeu-se à eliminação dos fatores, que foram, ao invés, utilizados como itens. Mais especificamente, utilizou-se o item medo e o item simpatia, uma vez que estes levantam menos problemas de conteúdo, sendo mais consensuais. Resumidamente, foram eliminados dois itens originais, sumarizando um total de 8 itens.

(4) *Escala de Distanciamento Social*. A Escala de Distanciamento Social foi baseada na *Social Distance Scale* criada por Link et al. (1987). A escala de resposta utilizada foi uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 1 (Nada) a 5 (Extremamente). O estudo inicial da escala, realizado por Link et al. (1987), revelou propriedades psicométricas excelentes, obtendo um alfa de Cronbach de .92. Na presente investigação a escala obteve um alfa de Cronbach de .94.

Os itens originais da *Social Distance Scale* têm uma população alvo comunitária, pelo que foram adaptados à população alvo do presente estudo (estudantes universitários). Deste modo, a nomenclatura “Jim Johnson” foi alterada para as nomenclaturas “perturbação de ansiedade” e “perturbação de depressão” nos respetivos instrumentos.

Tabela 2. *Itens originais e itens adaptados aos estudantes universitários da escala Social Distance Scale*

Itens	Itens originais	Adaptação para os estudantes universitários e para a perturbação de ansiedade/depressão
1	How would you feel about renting a room in your home to someone like Jim Johnson?	Em que medida estaria disponível para viver numa casa arrendada com alguém com perturbação de ansiedade/depressão.
2	How about as a worker on the same job as someone like Jim Johnson?	Em que medida estaria disponível para ter um colega de turma com perturbação de ansiedade/depressão.
3	How would you feel having someone like Jim Johnson as a neighbor?	Em que medida estaria disponível para ter alguém com perturbação de ansiedade/depressão como seu vizinho.
6	How would you feel about introducing Jim Johnson to a young woman you are friendly with?	Em que medida estaria disponível para apresentar alguém com perturbação de ansiedade/depressão a um amigo(a).

No total, 4 dos itens foram adaptados (Tabela 2), sendo que os restantes três itens da escala original (How about as the caretaker of your children for a couple of hours?; How about having your children marry someone like Jim Johnson?; How would you feel about recommending someone like Jim Johnson for a job working for a friend of yours?) foram eliminados já que não se enquadravam no âmbito do presente estudo.

Foram adicionados à escala 5 itens que se enquadraram ao contexto da população alvo, os estudantes universitários (e. g. “Em que medida estaria disponível para fazer grupo de trabalho com um colega com perturbação de ansiedade/ perturbação de depressão”). Deste modo, a escala totalizou 9 itens. Primeiramente, antes da análise dos resultados, todos os itens foram revertidos.

(5) *Escala do Estigma da Doença Mental.* A Escala do Estigma da Doença Mental foi criada com base na *Day's Mental Illness Stigma Scale* (Day, 2007), para avaliar as dimensões de estereótipos, em relação à perturbação de ansiedade e à perturbação de depressão. A escala foi desenvolvida e validada por dois estudos com estudantes universitários, membros da comunidade e pacientes psiquiátricos (Day, 2007).

A escala avalia sete fatores que estruturam as seis dimensões do estigma de Jones e colegas (1984): ansiedade, interrupção do relacionamento, higiene, visibilidade, tratabilidade, eficácia profissional e recuperação.

O fator de ansiedade refere-se ao surgimento de sentimentos de ansiedade, nervosismo e medo de danos físicos, correspondendo à dimensão de Perigo de Jones e colegas. O fator de interrupção de relacionamento refere-se às interrupções e incertezas de envolvimento em relacionamentos com sujeitos com doença mental, correspondendo à dimensão de Perturbação ou Disruptividade de Jones e colegas. O fator higiene diz respeito à má aparência e falta de autocuidado dos sujeitos com doença mental, correspondendo à dimensão de Qualidades Estéticas de Jones e colegas. O fator visibilidade refere-se à identificação de sujeitos possuidores de doença mental e dos seus sintomas, correspondendo à dimensão de Ocultabilidade de Jones e colegas (Day, 2007).

Por fim, os fatores tratabilidade, eficácia Profissional e recuperação referem-se a crenças associadas à qualidade dos tratamentos, às habilidades dos profissionais para tratar as doenças mentais de modo eficaz e à capacidade de recuperação do sujeito com doença mental, respetivamente, correspondendo à dimensão de Curso e Origem de Jones e colegas (1984).

A escala de resposta utilizada foi uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de 1 (Discordo completamente) a 5 (Concordo completamente). No que diz respeito às propriedades psicométricas, o estudo original realizado por Day (2007), obteve um alfa de Cronbach seguintes: .90 para o fator ansiedade, .84 para o fator interrupção de relacionamento, .83 para o fator higiene, .78 para o fator visibilidade, .71 para o fator tratabilidade, .86 para o fator eficácia Profissional e, por fim, .75 para o fator recuperação.

No presente estudo, obtiveram-se os seguintes alfas de Cronbach: fator ansiedade obteve .83, o fator interrupção obteve .69, o fator higiene obteve .80, o fator visibilidade obteve .72, o fator eficácia Profissional obteve .77. e, por fim, o fator de recuperação obteve .66. O fator de tratabilidade foi eliminado por não possuir qualidades psicométricas favoráveis ( $\alpha = -.31$ ).

A escala sumariza 24 itens. O fator Ansiedade ficou constituído por 7 itens, o fator Interrupção de relacionamento por 3 itens, o fator Higiene por 4 itens, o fator Visibilidade por 4 itens, o fator Eficácia Profissional por 3 itens e o fator Recuperação por 3 itens. A escala foi adaptada às perturbações avaliadas neste estudo, alterando-se a nomenclatura de “*mental illnesses*” para “perturbação de ansiedade” e “perturbação de depressão”, nos respetivos instrumentos.

(6) *Levels-of-contact report* (Holmes et al., 1999). Para medir a familiaridade foi utilizada a escala *Levels-of-contact report* criada por Holmes et al. (1999). O *Levels-of-contact report* descreve doze situações, que descrevem situações de intimidade de contacto com doença mental. As mesmas variam entre situações de um contacto menos íntimo (e.g. “Eu observei uma pessoa que acredito que tenha tido uma doença mental”) até um contacto mais íntimo (e.g. “Eu tenho uma doença mental”).

As doze situações do *Levels-of-contact report* foram avaliadas por três especialistas em doenças mentais graves e especialistas em reabilitação psiquiátrica, os mesmos cotaram as situações pela sua intensidade de intimidade de contacto (Holmes et al., 1999). A confiabilidade entre os três avaliadores foi de .83. A medida da escala é o índice de contacto mais íntimo indicado pelo participante (e.g. se o participante seleccionar um item com um índice de contacto 1 e um item com um índice de contacto 8, a medida contabilizada é a superior, ou seja, 8).

Tabela 3. *Itens originais e itens adaptados aos estudantes universitários da escala Levels-of-contact report*

Índice de contacto	Itens originais	Adaptação para os estudantes universitários e para a perturbação de ansiedade e a perturbação de depressão
1	I have never observed a person that i was aware had a severe mental illness	Nunca observei uma pessoa com perturbação de ansiedade/depressão.
2	I have observed, in passing, a person i believe may have had a severe mental illness.	Já observei uma pessoa que acredito que já pode ter tido uma perturbação de ansiedade/depressão
3	I have watched a movie or television show in which a character depicted a person with mental illness.	Já vi um documentário/vídeo/reportagem sobre perturbação de ansiedade/depressão.
4	I have watched a documentar on the television about severe mental illness.	Já vi um documentário/vídeo/reportagem sobre perturbação de ansiedade/depressão.
5	I have observed persons with a severe mental illness on a frequente basis.	Observo frequentemente pessoas com perturbação de ansiedade/depressão.
6	I have worked with a person who had a severe mental illness at my place of employment.	Fiz trabalhos académicos com uma pessoa que tem perturbação de ansiedade/depressão.
7	My job includes providing services to persons with a severe mental illness.	O meu curso envolve prestar serviços/tratamentos a pessoas com perturbação de ansiedade/depressão.
8	A friend of the family has a severe mental illness.	Tenho um amigo que tem perturbação de ansiedade/depressão.
9	I have a relative who has a severe mental illness.	Tenho alguém na família que tem perturbação de ansiedade/depressão.
10	I live with a person who has a severe mental illness.	Eu vivo com uma pessoa que tem perturbação de ansiedade/depressão.
11	I have a severe mental illness.	Eu tenho perturbação de ansiedade/depressão.

O presente estudo incluiu onze das doze situações pertencentes à escala original, resumizando 11 itens. Um dos itens foi eliminado devido à similaridade de conteúdo com outro dos itens (“O meu trabalho inclui a prestação de serviços a pessoas com uma doença

mental grave” e “O meu trabalho envolve o fornecimento de serviços/tratamentos para pessoas com doença mental grave”). Todos os itens foram adaptados à população alvo desta investigação (Tabela 3) e foram adaptados consoantes o instrumento, sendo adicionada as nomenclaturas “perturbação de ansiedade” e “perturbação de depressão”.

### **4.3. Procedimento**

Os participantes do presente estudo foram selecionados por meio do método de amostragem não probabilístico, de conveniência. No que diz respeito aos critérios de inclusão no estudo, os participantes eram: alunos da universidade de Évora a frequentar os cursos da área da saúde (Psicologia, Enfermagem, Reabilitação Psicomotora, Psicomotricidade e Ciências do Desporto), os cursos da área de tecnologias (Medicina Veterinária, Biologia, Biologia Humana, Biologia da conservação, Biotecnologia, Física e química, Geologia, Engenharia de Energias Renováveis, Engenharia e gestão industrial, Ecologia e ambiente, Ciências e Tecnologia Animal, Engenharia informática, Engenharia Mecatrónica e Matemática) e os cursos da área de artes (Teatro, Música, Arquitetura, Design e Artes plásticas e multimédia).

A presente investigação obteve aprovação da Comissão de Ética da Universidade de Évora. A recolha de dados cumpriu todas as questões éticas inerentes à recolha e ao tratamento dos dados. Ao aceder aos *links* disponibilizados dos questionários, os participantes tinham acesso a um consentimento informado, bem como a informações relativas ao objetivo do estudo, procedimentos da análise de dados conjunta, questões éticas inerentes, nomeadamente, o carácter voluntário do estudo, o seu anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Adicionalmente, foram disponibilizados os contactos eletrónicos da mestranda e da orientadora do estudo, de modo a esclarecer dúvidas dos participantes, caso necessário.

Ao consentir a sua participação, foi, primeiramente, pedido aos participantes os seus dados demográficos e apresentados os instrumentos. Antes das respostas aos mesmos, foram apresentadas uma das duas vinhetas, correspondentes ao respetivo questionário (o questionário da perturbação de ansiedade e o questionário da perturbação de depressão), de modo a fornecer mais informações aos participantes sobre as perturbações alvo (Anexo A e B). Este aspeto é essencial, de acordo com Crocetti e colegas (1974), para adicionar informações de modo a tornar a avaliação dos participantes mais realista e informada.

A recolha de dados ocorreu entre novembro de 2022 e fevereiro de 2023. Para a recolha, foram utilizados dois questionários, disponibilizados tanto em versão digital como em suporte físico, de modo a alcançar mais facilmente a população-alvo. O questionário digital foi disponibilizado na plataforma *Google Forms*. Foram, assim, disponibilizados dois *links* nas redes sociais e enviados a um grande número de alunos. Adicionalmente, também foram recolhidos dados em contexto de sala de aula, com devida autorização dos professores que lecionam a mesma. Estes participantes também obtiveram acesso aos *links* da plataforma online.

Como já foi referido, foram adicionadas, ao longo dos questionários, questões de controlo de qualidade (e.g. “*Esta questão é um controlo de qualidade. Pedimos gentilmente que selecione o 5*”) que permitiram verificar respostas aleatórias dos participantes, garantindo a qualidade dos dados obtidos.

Cada participante, respondeu somente a um dos dois questionários apresentados (questionário referente à perturbação de ansiedade ou questionário referente à perturbação de depressão), sendo a sua atribuição realizada de modo aleatório. Obtiveram-se um total de 540 participantes, dos quais 51 foram excluídos, por não possuíam critério referente ao curso e 76 excluídos após a análise das questões de controlo de qualidade. A amostra final, após exclusões, sumariza um total de 413 participantes. O questionário da perturbação de ansiedade foi respondido por um total de 208 estudantes e o da perturbação de depressão por um total de 205 estudantes.

## **5. Resultados**

### **5.1. Procedimento de análise de dados**

A presente investigação foi desenvolvida com base numa abordagem quantitativa descritiva, transversal. Tratando-se de um estudo *online* com recurso à plataforma *Google Forms*, foi gerado um documento *Microsoft Excel*, contendo todos os dados.

De seguida, o documento gerado foi inserido no *IBM SPSS statistics (Version 24)*. Foi realizada uma inspeção do ficheiro, tendo em conta os critérios de inclusão, tendo sido eliminados 51 questionários, e tendo em conta as questões de controlo de qualidade foram eliminados os 76 questionários, fazendo um total de 127 questionários excluídos.

Foi realizada, previamente à análise dos dados, um teste da consistência interna das escalas utilizadas no presente estudo. Face aos resultados de fraca consistência interna

apresentada pelos itens da escala do Estigma da Doença Mental, a análise fatorial da escala foi verificada e testada.

Por fim, com o objetivo de testar as hipóteses de estudo, foram realizadas análises de variância a partir de variados métodos. De modo a compreender os fatores que poderão explicar o distanciamento social, foi utilizado o método de Regressão Linear (Hipótese 1). De seguida, foi utilizado o teste T-Student de modo a comparar as médias das percepções estereotipadas das perturbações de ansiedade e depressão (Hipótese 2). O método ANOVA *one-way* com teste *post-hoc* de Bonferroni, foi utilizado na comparação das médias das percepções estereotipadas dos estudantes, consoante as áreas científicas que frequentam (Hipótese 3). Por fim, para comparar as médias das percepções estereotipadas das perturbações de ansiedade e de depressão, consoante o sexo (Hipótese 4) foi utilizado novamente o método T-Student.

## **5.2. Análise fatorial e consistência interna das escalas**

O fator Tratabilidade da escala de Estigma da Doença Mental, obteve uma consistência interna não aceitável ( $\alpha = -.308$ ). Deste modo, realizou-se uma análise fatorial exploratória (AFE) com rotação Varimax, com o intuito de examinar a estrutura fatorial da escala (Tabela 4).

Após a análise da estrutura fatorial procedeu-se à eliminação de quatro itens. Os itens 1 e 14 foram retirados devido ao seu conteúdo, que não se encontrava associado ao fator onde estavam inseridos. O fator 9 e 11, por sua vez, foram retirados já que se afastaram do fator original. Adicionalmente, o item 28 alternou do fator Tratabilidade para o fator Eficácia Profissional, e o item 10 alternou do fator Interrupção de relacionamento para o fator Recuperação. Todos os outros itens mantiveram a sua posição original. Deste modo, a estrutura fatorial final da escala de Estigma da Doença Mental resultou num total de 6 fatores, sumarizando 24 itens.

O primeiro fator “ansiedade”, é constituído por 7 itens, que explicam 22.27% da variância e obteve um Alpha de *Cronbach* de .83. O segundo fator “higiene” é constituído por 4 fatores que explicam 11.10% da variância, e obteve um Alpha *Cronbach* de .80. O terceiro fator “Visibilidade”, é constituído por 4 fatores que explicam 10.08% da variância, com um Alpha *Cronbach* de .72. O quarto fator “eficácia Profissional” é constituído por 3 fatores que explicam 7.29% da variância, que obteve um Alpha *Cronbach* de .77. O quinto fator “recuperação”, é constituído por 3 fatores, que explicam

5.21% da variância, obtendo um Alpha *Cronbach* de .67. Por fim, o sexto fator “interrupção de Relacionamento”, é constituído por 3 fatores, que explicam 4.80% da variância, obtendo um Alpha *Cronbach* de .66.

Tabela 4. *Análise Fatorial Exploratória*

Itens	Fatores					
	1	2	3	4	5	6
Eu sinto-me nervoso e desconfortável quando estou perto de alguém com perturbação de ansiedade/depressão.	.790	.073	-.018	-.018	.069	.237
Tenho tendência a me sentir ansioso e nervoso quando estou perto de alguém com perturbação de ansiedade/depressão.	.756	-.026	.166	.042	.148	.066
Sinto-me ansioso e desconfortável quando estou perto de alguém com uma perturbação de ansiedade/depressão.	.689	.014	.069	.175	.186	.284
Eu não acho que posso realmente relaxar e ser eu mesmo, quando estou perto de alguém com perturbação de ansiedade/depressão.	.681	.157	.066	-.059	.013	.069
Eu sentir-me-ia inseguro sobre o que dizer ou fazer se estivesse perto de alguém com perturbação de ansiedade/depressão.	.671	.233	-.184	-.029	-.087	.123
Quando falo com alguém com perturbação de ansiedade/depressão, tenho medo de dizer algo que irá aborrecê-lo.	.605	.252	-.019	.072	.059	-.030
Quando estou perto de alguém com perturbação de ansiedade/depressão preocupa-me que ele ou ela possa me magoar fisicamente.	.535	.132	-.109	-.131	-.003	.262
Pessoas com perturbação de ansiedade/depressão ignoram a sua higiene, como por exemplo tomar banho e usar desodorizante.	.135	.797	.110	-.024	.106	.039
As pessoas com perturbação de ansiedade/depressão precisam cuidar melhor dos seus hábitos de higiene (tomar banho, lavar os dentes, usar desodorizante).	.112	.791	.107	.043	-.006	.124
Pessoas com perturbação de ansiedade/depressão não se cuidam devidamente.	.167	.781	.185	-.021	.013	.190
Pessoas com perturbação de ansiedade/ depressão tendem a negligenciar a sua aparência.	.144	.663	.021	-.011	-.015	.029
Posso dizer que alguém tem perturbação de ansiedade/depressão pela maneira como ele ou ela age.	.133	.177	.734	.069	.096	.087
Eu provavelmente não saberia que alguém tem perturbação de ansiedade/depressão, a menos que me dissessem. (Revertido)	.108	-.022	-.727	.095	.045	.074
Posso dizer que alguém tem perturbação de ansiedade/depressão pela forma como fala.	.149	.154	.713	-.017	-.043	.148

É fácil para mim reconhecer os sintomas da perturbação de ansiedade/depressão.	-.134	.027	.712	.090	.033	-.079
Os profissionais de saúde mental, tais como psiquiatras e psicólogos, podem fornecer tratamentos eficazes para a perturbação de ansiedade/depressão.	.003	.79	-.020	.908	-.095	-.066
Os psiquiatras e psicólogos têm os conhecimento e as competências. necessárias para tratar a perturbação de ansiedade/depressão de forma eficaz.	.120	.002	.029	.861	-.103	-.088
Não existem tratamentos eficazes para a perturbação de ansiedade/depressão. (Revertido)	.130	.111	-.035	-.611	.378	-.011
Uma vez que alguém desenvolve perturbação de ansiedade/depressão, ele ou ela nunca será capaz de recuperar totalmente (Revertido)	.026	.025	.118	-.074	.798	.203
As pessoas com perturbação de ansiedade/depressão continuarão doentes durante o resto das suas vidas. (Revertido)	.168	-.028	.060	-.119	.766	.177
Há pouco que se possa fazer para controlar os sintomas de perturbação de ansiedade/depressão. (Revertido)	.035	.077	-.136	-.208	.656	-.120
Não creio que seja possível ter um relacionamento com alguém com perturbação de ansiedade/depressão.	.190	.124	.077	-.059	.052	.777
Acho difícil confiar em alguém com perturbação de ansiedade/depressão.	.253	.048	.043	-.092	.094	.749
Seria difícil ter um relacionamento próximo e significativo com alguém com perturbação de ansiedade/depressão.	.258	.358	-.120	.013	.153	.580
% de Variância Explicada	22.27	11.10	10.08	7.29	5.21	4.80
<i>Alfa</i> de Cronbach	.826	.803	.720	.768	.685	.662

Para todas as escalas foi testada a consistência interna dos itens, de modo a verificar se as propriedades métricas das escalas permaneceram preservadas (Tabela 5). Face ao teste da consistência interna, consegue-se verificar, a partir da Tabela 5, que a maioria das escalas utilizadas no presente estudo obteve uma boa consistência interna, sendo que a escala de distanciamento social ( $\alpha = .94$ ) apresenta uma consistência interna considerada excelente. A consistência interna dos fatores Medo ( $\alpha = .55$ ) e Piedade ( $\alpha = .52$ ), da escala de Emoções, obtiveram valores de consistência interna baixos. Por esse motivo, os fatores foram descartados. No entanto, foram mantidos um item de cada um dos fatores, o item Medo e o item Simpatia. Estes dois itens foram escolhidos uma vez que levantam menos problemas de conteúdo, sendo os itens mais consensuais. Deste

modo a escala das Emoções passou a ser constituída por três fatores, as escalas da Raiva, da Admiração e da Inveja, e dois itens, o item Medo e o item Simpatia.

Tabela 5. *Valores de consistência interna das escalas*

Escala	Número de Itens	Alpha de Cronbach
Estereótipos – Competência	5	.81
Estereótipos – Afetuosidade	4	.83
Estereótipos – Motivação	3	.79
Emoções – Raiva	2	.80
Emoções – Admiração	2	.80
Emoções – Inveja	2	.81
Estima da Doença Mental – Ansiedade	7	.83
Estima da Doença Mental – Interrupção de Relacionamento	3	.69
Estima da Doença Mental – Higiene	4	.80
Estima da Doença Mental – Visibilidade	4	.72
Estima da Doença Mental – Eficácia Profissional	3	.77
Estima da Doença Mental – Recuperação	3	.66
Distanciamento Social	9	.94

### 5.3. Teste de hipóteses

#### 5.3.1. Teste da hipótese 1: Fatores que explicam o distanciamento social

Com o objetivo de testar a hipótese 1, realizou-se uma Regressão Linear (Tabela 6 e 7), de modo a verificar se a escala de estigma da doença mental, os estereótipos, as emoções e a familiaridade são preditores do distanciamento social.

Os resultados ( $R^2 = .554$ ,  $F(7,200) = 35.431$ ,  $p < .000$ ) referem que as variáveis competência, motivação, ansiedade, interrupção de relacionamento, admiração, simpatia e familiaridade explicam 55% da variância do distanciamento social, face à perturbação de ansiedade. Face à perturbação de depressão, os resultados ( $R^2 = .440$ ,  $F(3,201) = 52.604$ ,  $p < .000$ ) evidenciam que as variáveis interrupção de relacionamento, afetuosidade e raiva explicam 44% da variância do distanciamento social.

Uma vez que foram encontraram alguns resultados estatisticamente significativos entre o distanciamento social e as variáveis, a hipótese 1 é parcialmente corroborada. Apesar de dois fatores da escala de estigma da doença mental, dois fatores dos

estereótipos, dois da escala das emoções e a familiaridade terem sido preditores do distanciamento social no que diz respeito à perturbação de ansiedade, face à perturbação de depressão somente um fator da escala do estigma da doença mental, um estereótipo e uma emoções foram preditores.

Tabela 6. *Regressão Linear do estigma, dos estereótipos, das emoções e da familiaridade no distanciamento social – Perturbação de Ansiedade*

Fatores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
Estereótipos – Competência	-.395	.087	-.354	-4,553	.000
Estereótipos – Motivação	.201	.072	.201	2.797	.006
Estigma da Doença Mental – Ansiedade	.263	.066	.218	3.997	.000
Estigma da Doença Mental – Interrupção de relacionamento	.234	.074	.184	3.357	.002
Emoções – Admiração	-.120	.038	-.181	-3.208	.002
Emoções - Simpatia	-.140	.042	-.179	-3.357	.001
Familiaridade	-.077	.016	-.232	-4.696	.000
<i>R</i> <sup>2</sup>	.554				

Tabela 7. *Regressão Linear do estigma, dos estereótipos, das emoções e da familiaridade no distanciamento social – Perturbação de Depressão*

Fatores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
Estigma da doença mental – Interrupção de relacionamento	.506	.072	.396	6.995	.000
Estereótipos – Afetuosidade	-.395	.067	-.338	-5.929	.000
Emoções - Raiva	.294	.087	.183	3.298	.001
<i>R</i> <sup>2</sup>	.440				

### 5.3.2. Teste da hipótese 2: Comparação dos estereótipos consoante a perturbação de ansiedade e a perturbação de depressão

Recorreu-se a um teste T-Student de amostras independentes, com o objetivo de avaliar as diferenças das perceções dos estudantes universitários, da escala de estigma da

doença mental, dos estereótipos, das emoções e do distanciamento social, face à perturbação de ansiedade e à perturbação de depressão (Tabela 8).

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas na perceção dos estudantes universitários face à perturbação de ansiedade e à perturbação de depressão (Tabela 8). Verificou-se que os alunos possuem estereótipos mais negativos da perturbação da depressão comparativamente à perturbação de ansiedade. Deste modo, a hipótese 2 é corroborada.

Tabela 8. *Comparação das variáveis de estigma, estereótipo, emoções e de distanciamento social da perturbação de ansiedade e da perturbação de depressão.*

Fatores	Perturbação de ansiedade <i>M (DP)</i>	Perturbação de depressão <i>M (DP)</i>	t (Sig.)
Estigma da Doença Mental - Ansiedade	1.82 (.68)	1.91 (.74)	-1.360 (.175)
Estigma da Doença Mental - Higiene	2.00 (.85)	2.80 (.86)	-9.399 (.000)
Estigma da Doença Mental - Visibilidade	3.00 (.83)	3.03 (.82)	-.302 (.763)
Estigma da Doença Mental - Eficácia profissional	3.93 (.83)	3.92 (.90)	-.012 (0.990)
Estigma da Doença Mental - Interrupção de relacionamento	1.54 (.65)	1.83 (.74)	-4.140 (.000)
Estigma da Doença Mental - Recuperação	4.07 (.77)	4.09 (.79)	-.288 (0.774)
Estereótipos - Competência	3.38 (.74)	2.95 (.80)	5.733 (.000)
Estereótipos - Afetuosidade	3.43 (.85)	2.87 (.81)	6.846 (.000)
Estereótipos - Motivação	2.80 (.82)	1.96 (.81)	10.468 (.000)
Emoções - Raiva	1.14 (.47)	1.21 (.59)	-1.346 (.179)
Emoções - Admiração	2.60 (1.24)	2.31 (1.03)	1.546 (.011)
Emoções - Inveja	1.12 (.44)	1.15 (.51)	-.715 (0.475)
Emoções – Item Simpatia	3.67 (.96)	3.26 (.97)	4.363 (.000)
Emoções – Item Medo	1.29 (.77)	1.56 (.98)	-3.037 (.003)
Distanciamento Social	1.86 (.82)	2.03 (.95)	2.102 (.050)

Os estudantes universitários reportam, face à perturbação de depressão, comparativamente à perturbação de ansiedade, níveis da escala de estigma da doença mental mais elevados de ansiedade ( $M = 2.80$ ,  $DP = .86$  vs.  $M = 2.00$ ,  $DP = .85$ ,  $p = .000$ ) e de interrupção de relacionamento ( $M = 1.83$ ,  $DP = .74$  vs  $M = 1.54$ ,  $DP = .65$ ,  $p = .000$ ).

Apresentam ainda valores mais baixos de competência ( $M = 2.95$ ,  $DP = .80$  vs  $M = 3.38$ ,  $DP = .74$ ,  $p = .000$ ), afetuosidade ( $M = 2.87$ ,  $DP = .81$  vs  $M = 3.43$ ,  $DP = .85$ ,  $p = .000$ ) e motivação ( $M = 1.96$ ,  $DP = .81$  vs  $M = 2.80$ ,  $DP = .82$ ,  $p = .000$ ). Adicionalmente, os estudantes sentem, comparativamente, uma menor admiração ( $M = 2.31$ ,  $DP = 1.03$  vs  $M = 2.60$ ,  $DP = .77$ ,  $p = .011$ ), uma menor simpatia ( $M = 3.26$ ,  $DP = .97$  vs  $M = 3.67$ ,  $DP = .96$ ,  $p = .000$ ) e um maior medo ( $M = 1.56$ ,  $DP = .98$  vs  $M = 1.29$ ,  $DP = .77$ ,  $p = .003$ ). No que diz respeito ao distanciamento social, os estudantes apresentam um maior desejo de distanciamento social ( $M = 2.03$ ,  $DP = .95$  vs  $M = 1.86$ ,  $DP = .82$ ,  $p = .050$ ).

Apesar de diferenças estatisticamente significativas entre as duas perturbações, os resultados revelam que, para ambas as perturbações, os sujeitos possuem níveis baixos nos fatores ansiedade ( $M = 1.82$ ,  $DP = .68$  e  $M = 1.92$ ,  $DP = .74$ ), higiene ( $M = 2.00$ ,  $DP = .85$  e  $M = 2.80$ ,  $DP = .86$ ), interrupção de relacionamento ( $M = 1.54$ ,  $DP = .65$  e  $M = 1.83$ ,  $DP = .74$ ), motivação ( $M = 2.80$ ,  $DP = .82$  e  $M = 1.96$ ,  $DP = .81$ ), raiva ( $M = 1.14$ ,  $DP = .47$  e  $M = 1.21$ ,  $DP = .59$ ), admiração ( $M = 2.60$ ,  $DP = 1.24$  e  $M = 2.31$ ,  $DP = 1.03$ ), inveja ( $M = 1.12$ ,  $DP = .44$  e  $M = 1.15$ ,  $DP = .51$ ), medo ( $M = 1.29$ ,  $DP = .77$  e  $M = 1.56$ ,  $DP = .98$ ) e distanciamento social ( $M = 1.86$ ,  $DP = .82$  e  $M = 2.03$ ,  $DP = .95$ ). Encontram-se resultados intermédios presentes no fator visibilidade ( $M = 3.00$ ,  $DP = .83$  e  $M = 3.03$ ,  $DP = .82$ ) e simpatia ( $M = 3.67$ ,  $DP = .96$  e  $M = 3.26$ ,  $DP = .97$ ).

No que diz respeito aos resultados dos níveis de competência e afetuosidade, a ansiedade foi percebida com nível médios de competência ( $M = 3.38$ ,  $DP = .85$ ) e de afetuosidade ( $M = 3.43$ ,  $DP = .85$ ), já a depressão foi percebida com níveis baixos de competência ( $M = 2.95$ ,  $DP = .80$ ) e de afetuosidade ( $M = 2.87$ ,  $DP = .81$ ).

De modo geral, os estudantes universitários apresentam poucos estereótipos negativos.

### **5.3.3. Teste de hipótese 3: Comparação dos estereótipos consoante áreas científicas frequentadas**

Utilizou-se o método ANOVA *one-way*, com teste *post-hoc* de Bonferroni, com o objetivo de ratificar as diferenças dos estereótipos face à perturbação de ansiedade e face à perturbação de depressão entre os alunos dos cursos das áreas de Ciências da Saúde, Tecnologias e Artes (Tabela 9 e 10).

Os resultados demonstram diferenças estatisticamente significativas da percepção dos estudantes universitários dos cursos da área de saúde, da área de tecnologias e da área de artes, face à perturbação de ansiedade (Tabela 9).

Tabela 9. *Resultados da ANOVA para a perturbação de ansiedade*

Fatores	Áreas de Saúde <i>M (DP)</i>	Áreas de Tecnologias <i>M (DP)</i>	Áreas de Artes <i>M (DP)</i>	<i>F (Sig)</i>
Estigma da Doença Mental- Ansiedade	1.80 (.71)	1.87 (.60)	1.82 (.70)	.164 (.849)
Estigma da Doença Mental - Higiene	1.91 (.80)	2.22 (1.02)	2.01 (.78)	2.055 (.131)
Estigma da Doença Mental - Visibilidade	2.98 (.73)	2.77 (.90) <sup>a</sup>	3.21 (.92) <sup>b</sup>	3.681 (.027)
Estigma da Doença Mental - Eficácia profissional	4.05 (.77)	3.90 (.84)	3.74 (.91)	2.697 (.070)
Estigma da Doença Mental - Interrupção de relacionamento	1.45 (.57) <sup>a</sup>	1.74(.76) <sup>b</sup>	1.57(.67)	3.296 (.039)
Estigma da Doença Mental - Recuperação	4.11 (.77)	3.93 (.85)	4.10 (.71)	0.874 (.419)
Estereótipos - Competência	3.50 (.76) <sup>a</sup>	3.06 (.60) <sup>b</sup>	3.42 (.73) <sup>a</sup>	5.854 (.003)
Estereótipos - Afetuosidade	3.57 (.82) <sup>a</sup>	3.06 (.79) <sup>b</sup>	3.44 (.86)	5.737 (.004)
Estereótipos - Motivação	2.90 (.83) <sup>a</sup>	2.50 (.81) <sup>b</sup>	2.85 (.79)	3.727 (.026)
Emoções - Raiva	1.10 (.37)	1.12 (.38)	1.23 (.65)	1.528 (.219)
Emoções - Admiração	2.82 (1.21) <sup>a</sup>	2.16 (1.10) <sup>b</sup>	2.51 (1.31)	4.697 (.010)
Emoções - Inveja	1.12 (.41)	1.10 (.34)	1.13 (.53)	.028 (0.972)
Emoções – Item Simpatia	4.05 (.92) <sup>a</sup>	3.14 (1.10) <sup>b</sup>	3.83 (1.05) <sup>a</sup>	13.272 (.000)
Emoções – Item Medo	1.31 (.76)	1.19 (.50)	1.33 (.91)	.542 (.582)
Distanciamento Social	1.78 (.79)	2.06 (.88)	1.84 (.83)	1.873 (0.156)

Nota: os resultados com subscrips, com letras diferentes apresentam diferenças significativas no teste *post-hoc* de Bonferroni.

Os estudantes dos cursos das áreas de artes reportam níveis de visibilidade menos negativos, comparativamente aos alunos de áreas de tecnologias ( $M = 3.21$ ,  $DP = .92$  vs.  $M = 2.77$ ,  $DP = .90$ ,  $p = .027$ ). Os estudantes de áreas de tecnologias apresentam resultados mais negativos em relação à interrupção de relacionamento, comparativamente aos estudantes de áreas da saúde ( $M = 1.74$ ,  $DP = .76$  vs.  $M = 1.45$ ,  $DP = .57$ ,  $p = .039$ ).

Os estudantes de tecnologias também apresentam resultados mais baixos na escala de competência comparativamente aos alunos de saúde e de artes (M= 3.06, DP= .60 vs. M= 3.50, DP = .76 vs. M= 3.42, DP = .73, p = .003), na escala de afetuosidade, comparativamente aos alunos das áreas de saúde (M = 3.06, DP = .79 vs. M = 3.57, DP = .82, p = .004) e na escala de motivação, comparativamente aos alunos de saúde (M = 2.50, DP = .81 vs. M = 2.90, DP = .82, p = .026). Adicionalmente, os alunos de tecnologia sentem menos admiração (M= 2.16, DP = 1.10 vs. M = 2.82, DP = 1.21, p = .010) e menos simpatia (M = 3.14, DP = 1.10 vs. M= 4.05, DP = .92, p = .000), quando comparados aos alunos das áreas de saúde.

Face aos resultados, consegue-se verificar que os estudantes das áreas de tecnologias, comparativamente às restantes áreas, possuem níveis mais negativos de interrupção de relacionamento, de estereótipos e de emoções, face à perturbação de ansiedade.

Tabela 10. *Resultados da ANOVA para a perturbação de depressão*

Fatores	Áreas de Saúde M (DP)	Áreas de Tecnologias M (DP)	Áreas de Artes M (DP)	F (Sig)
Estigma da Doença Mental - Ansiedade	1.86 (.77)	2.08 (.68)	1.92 (.71)	1.381 (.254)
Estigma da Doença Mental - Higiene	2.85 (.87)	2.65 (.95)	2.79 (.75)	.791 (.455)
Estigma da Doença Mental - Visibilidade	3.09 (.75)	3.01 (1.01)	2.83 (.80)	1.493 (.227)
Estigma da Doença Mental – Eficácia profissional	4.05 (.86) <sup>a</sup>	3.85 (.79)	3.56 (1.06) <sup>b</sup>	4.364 (.014)
Estigma da Doença Mental - Interrupção de relacionamento	1.81 (.77)	1.75 (.71)	1.99 (.68)	1.130 (.325)
Estigma da Doença Mental - Recuperação	4.11 (.78)	4.23 (.75)	3.86 (.85)	2.205 (.113)
Estereótipos - Competência	2.92 (.80)	3.01 (.72)	3.00 (.87)	.280 (.756)
Estereótipos - Afetuosidade	2.87 (.79)	2.90 (.79)	2.84 (.93)	.043 (.958)
Estereótipos - Motivação	1.95 (.80)	2.04 (.85)	1.94 (.79)	.239 (.788)
Emoções - Raiva	1.19 (.56)	1.26 (.66)	1.22 (.60)	.213 (.808)
Emoções - Admiração	2.31 (1.01)	2.26 (1.06)	2.38 (1.11)	.123 (.885)
Emoções - Inveja	1.13 (.49)	1.21 (.64)	1.15 (.43)	.284 (.753)
Emoções – Item Simpatia	3.78 (1.04)	3.67 (1.11)	3.69 (1.10)	.204 (.816)
Emoções – Item Medo	1.46 (.89)	1.72 (1.10)	1.72 (1.14)	1.659 (.193)
Distanciamento Social	2.01 (.99)	2.07 (.84)	2.04 (.94)	.066 (.937)

Nota: os resultados com subscripts, com letras diferentes apresentam diferenças significativas no teste *post-hoc* de Bonferroni.

Somente um dos resultados obtidos se revelou estatisticamente significativo na percepção dos estudantes universitários dos cursos da área de saúde, da área de tecnologias e da área de artes, face à perturbação de depressão (Tabela 10). Os estudantes das áreas de artes demonstraram valores mais negativos em relação à eficácia profissional comparativamente aos estudantes das áreas de saúde ( $M = 3.56$ ,  $DP = 1.06$  vs.  $M = 4.05$ ,  $DP = .86$ ,  $p = .014$ ).

Face aos resultados, a hipótese 3 é parcialmente corroborada. Em muitas das comparações entre os cursos, verificou-se que os estudantes das áreas de saúde possuíam valores menos negativos dos fatores da escala do estigma de saúde mental, estereótipos e emoções, face à perturbação de ansiedade. Tal significa que os estudantes das áreas de saúde possuem estereótipos menos negativos, de entre as três áreas científicas, em relação à perturbação de ansiedade. Já os estudantes das áreas de tecnologias foram os estudantes que obtiveram percepções mais negativas entre as três áreas. Os resultados face à percepção da perturbação de depressão, somente demonstraram que os alunos dos cursos da área de saúde possuíam estereótipos da eficácia profissional menos negativos que os estudantes das áreas de artes.

#### **5.3.4. Teste de hipótese 4: Comparação dos estereótipos consoante o sexo**

Recorreu-se a um teste *T-Student* de amostras independentes, com o propósito de verificar se o sexo feminino possui percepções menos negativas dos sujeitos com perturbação de ansiedade e da depressão comparativamente ao sexo masculino (Tabela 11 e 12).

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino na percepção face à perturbação de ansiedade (Tabela 11). O sexo feminino apresenta resultados menos negativos em relação à interrupção de relacionamento ( $M = 1.49$ ,  $DP = .57$  vs.  $M = 1.69$ ,  $DP = .82$ ,  $p = .047$ ). Adicionalmente, apresenta valores mais elevados na escala de competência ( $M = 3.47$ ,  $DP = .71$  vs.  $M = 3.15$ ,  $DP = .80$ ,  $p = .007$ ) e afetuosidade ( $M = 3.53$ ,  $DP = .81$  vs.  $M = 3.13$ ,  $DP = .88$ ,  $p = .003$ ). O sexo feminino também sente, comparativamente ao sexo masculino, mais admiração ( $M = 2.77$ ,  $DP = 1.24$  vs.  $M = 2.13$ ,  $DP = 1.12$ ,  $p = .001$ ), mais simpatia ( $M = 3.82$ ,  $DP = .93$  vs.  $M = 3.27$ ,  $DP = .92$ ,  $p = .000$ ) e menos medo ( $M = 1.22$ ,  $DP = .70$  vs.  $M = 1.50$ ,  $DP = .89$ ,  $p = .018$ ). Por fim, o sexo feminino apresenta um menor desejo de distanciamento social ( $M = 1.79$ ,  $DP = .83$  vs.  $M = 2.05$ ,  $DP = .79$ ,  $p = .043$ ) face aos sujeitos com perturbação de ansiedade.

Tabela 11. *Comparação das percepções do sexo masculino e feminino sobre a perturbação de ansiedade*

Fatores	Masculino <i>M (DP)</i>	Feminino <i>M (DP)</i>	t (Sig)
Estigma da Doença Mental- Ansiedade	1.90 (.65)	1.79 (.70)	1.040 (.299)
Estigma da Doença Mental - Higiene	2.14 (.84)	1.95 (.85)	1.430 (0.154)
Estigma da Doença Mental -Visibilidade	2.84 (.89)	3.06 (.80)	-1.705 (.090)
Estigma da Doença Mental - Eficácia profissional	3.80 (.86)	3.97 (.82)	- 1.308 (.192)
Estigma da Doença Mental - Interrupção de relacionamento	1.69 (.82)	1.49 (.57)	1.995 (.047)
Estigma da Doença Mental - Recuperação	4.09 (.73)	4.06 (.79)	.230 (.818)
Estereótipos - Competência	3.15 (.80)	3.47 (.71)	-2.745 (.007)
Estereótipos - Afetuosidade	3.13 (.88)	3.53 (.81)	-3.058 (.003)
Estereótipos - Motivação	2.73 (.87)	2.83 (.81)	-.814 (.417)
Emoções - Raiva	1.22 (.52)	1.11 (.44)	1.618 (.107)
Emoções - Admiração	2.13 (1.12)	2.77 (1.24)	-3.406 (.001)
Emoções - Inveja	1.20 (.48)	1.01 (.42)	1.584 (.115)
Emoções – Item Simpatia	3.27 (.92)	3.82 (.93)	-3.825 (.000)
Emoções – Item Medo	1.50 (.89)	1.22 (.70)	2.393 (.018)
Distanciamento social	2.05 (.79)	1.79 (0.83)	2.036 (.043)

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino na percepção da perturbação de depressão (Tabela 12). O sexo feminino apresenta valores mais elevados na escala de competência ( $M = 3.03$ ,  $DP = .80$  vs.  $M = 2.67$ ,  $DP = .74$ ,  $p = .005$ ) e de afetuosidade ( $M = 2.94$ ,  $DP = .80$  vs.  $M = 2.63$ ,  $DP = .80$ ,  $p = .022$ ). Adicionalmente, sente uma maior admiração ( $M = 2.42$ ,  $DP = 1.05$  vs.  $M = 1.94$ ,  $DP = .88$ ,  $p = .005$ ) e apresenta um menor desejo de distanciamento social ( $M = 1.92$ ,  $DP = .92$  vs.  $M = 2.37$ ,  $DP = .95$ ,  $p = .004$ ).

Tabela 12. *Comparação das percepções do sexo masculino e feminino sobre a perturbação de depressão*

Fatores	Masculino M (DP)	Feminino M (DP)	F (Sig)
Estigma da Doença Mental- Ansiedade	2.03 (.78)	1.88 (.73)	1.212 (.227)
Estigma da Doença Mental - Higiene	2.92 (.81)	2.76 (.88)	1.105 (.270)
Estigma da Doença Mental -Visibilidade	3.03 (.86)	3.03 (.81)	-.026 (.980)
Estigma da Doença Mental – Eficácia profissional	3.72 (.95)	3.99 (.87)	-1.836 (.068)
Estigma da Doença Mental - Interrupção de relacionamento	1.96 (.75)	1.79 (.74)	1.443 (.151)
Estigma da Doença Mental - Recuperação	4.09 (.77)	4.09 (.80)	.011 (.991)
Estereótipos - Competência	2.67 (.74)	3.03 (.80)	-2.821 (.005)
Estereótipos - Afetuosidade	2.63 (.80)	2.94 (.80)	-2.308 (.022)
Estereótipos - Motivação	1.86 (.61)	1.99 (.86)	-1.211 (.313)
Emoções - Raiva	1.27 (.62)	1.19 (.58)	.779 (.437)
Emoções - Admiração	1.94 (.88)	2.42 (1.05)	-2.871 (.005)
Emoções - Inveja	1.18 (.56)	1.14 (.50)	.452 (.652)
Emoções – Item Simpatia	3.04 (.99)	3.32 (.96)	-1.741 (.083)
Emoções – Item Medo	1.72 (1.14)	1.51 (.93)	1.333 (.184)
Distanciamento social	2.37 (.95)	1.92 (.92)	2.886 (.004)

Com base nos resultados, a hipótese 4 é parcialmente corroborada, o sexo feminino apresenta uma percepção estereotipada mais positiva da perturbação de ansiedade e da perturbação de depressão. O sexo feminino apresentou percepções da escala de estigma da doença mental, de estereótipos e de emoções menos negativas em relação à perturbação de ansiedade, assim como um menor desejo de distanciamento social. No entanto, no que diz respeito à perturbação de depressão, o sexo feminino somente apresentou percepções menos negativas de dois fatores da escala dos estereótipos, de uma emoção e do desejo de distanciamento social, não apresentando resultados significativos face à escala de estigma da doença mental.

## 6. Discussão

A doença mental, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2019), continua a aumentar a sua prevalência na sociedade. Apesar de muitas modificações que

foram realizadas ao longo dos anos acerca de como se aborda a doença mental, os estereótipos negativos associados às mesmas são ainda uma forte realidade, trazendo consequências prejudiciais aos envolvidos.

O início da vida adulta acarreta inúmeras mudanças para os estudantes, sendo esta uma época de crise, em que os mesmos estão vulneráveis ao desenvolvimento de doenças mentais. É cada vez maior o número de estudantes diagnosticados com ansiedade ou com depressão (Pedrelli et al., 2015), pelo que estes podem ser alvos das visões estereotipadas e das suas consequências, entre elas o isolamento social.

Neste contexto, o presente estudo, visou estudar as percepções estereotipadas dos estudantes universitários portugueses face às perturbações de ansiedade e de depressão e, em particular, assim como verificar os fatores que contribuem para o distanciamento social face a estas perturbações. O estudo pretendeu ainda realizar comparações entre as duas doenças mentais, entre áreas científicas frequentadas pelos alunos e entre sexos. Os resultados da presente investigação foram de encontro às hipóteses realizadas inicialmente, sendo que todas as hipóteses foram corroboradas, ou parcialmente corroboradas.

Primeiramente, verificou-se que alguns fatores, tais como estereótipos, emoções e familiaridade contribuíram para um maior desejo de distanciamento social (Hipótese 1), tal como demonstrado nos estudos de DeFreitas e colegas (2018) e de Kosyluk e colegas (2016).

Face à perturbação de ansiedade, verificou-se que, quanto mais negativas eram as percepções de interrupção de relacionamento e de ansiedade, maior era o desejo de distanciamento social. Quando maior foi a dimensão de motivação, também maior foi o desejo de distanciamento social. Já quando maiores foram as emoções de admiração e simpatia e os níveis percebidos de competência, menor foi o desejo de distanciamento social.

Ademais, quando maior foi familiaridade dos alunos face à perturbação de ansiedade, menor foi o seu desejo de distanciamento social. O estudo de Anagnostopoulos e Hantzi (2011) afirma que o desejo de afastamento social será influenciado pela familiaridade devido às reações emocionais que são desenvolvidas nas relações de proximidade. Deste modo, uma maior familiaridade irá gerar sentimentos empáticos, que, por sua vez, levará a que os sujeitos possuam atitudes mais positivas, como é exemplo um menor desejo de distanciamento social (Corrigan & Nieweglowski, 2019).

No que diz respeito à perturbação de depressão, quanto mais negativas foram as percepções de interrupção de relacionamento, maior foi o desejo de distanciamento social dos alunos. Deste modo, parece que o aumento das preocupações sobre os relacionamentos com sujeitos com perturbação de depressão levam a interferências nos relacionamentos com os mesmos, especificamente, levam a um maior desejo de distanciamento social.

Adicionalmente, quanto maior foi a afetuosidade, menor foi o desejo de distanciamento social e quanto maior foi a raiva sentida, maior foi o desejo de distanciamento social.

Os resultados da hipótese 1, demonstram que os estereótipos, tal como é relatado na literatura (Follmer & Jones, 2017), possuem impacto no desejo do distanciamento social. Os resultados que correspondem aos níveis de competência e afetuosidade, também vão de encontro à literatura e ao Mapa dos Comportamentos de Afetos e Estereótipos Intergrupos (Bye & Herrebrøden, 2018; Cuddy et al., 2007). Este modelo refere que os níveis de elevada competência e de elevada afetuosidade predizem comportamentos de facilitação passiva e ativa, pelo que fará sentido que os níveis de um comportamento de dano passivo, o distanciamento social, sejam mais baixos.

De seguida, verificou-se que os alunos universitários possuem percepções estereotipadas mais negativas dos sujeitos com perturbação de depressão, do que dos sujeitos com perturbação de ansiedade (Hipótese 2).

Especificamente, comparativamente à perturbação de ansiedade, os alunos tiveram maiores estereótipos de ansiedade, assim como um maior medo dos sujeitos com perturbação de depressão. Aromaa e colegas (2011) e Cook e Wang (2010), verificaram que emoções como a ansiedade poderão surgir da percepção dos sujeitos como sendo perigosos. Jones e colegas (1984), referem também que a ansiedade pode incluir o medo de danos físicos. Deste modo, a maior ansiedade e o maior medo sentidos pelos alunos poderá decorrer de percepções dos sujeitos com perturbação de depressão como sendo mais perigosos do que os sujeitos com ansiedade.

Adicionalmente, os estudantes possuem percepções mais negativas acerca da interrupção de relacionamentos, face à perturbação de depressão. No estudo de Abdelsalam e Mohamed (2016), os participantes consideraram que os sujeitos com doença mental como sendo difíceis de interagir e como podendo ser sujeitos complicados ou delicados. Estas percepções estereotipadas negativas poderão ter sido partilhadas pelos

alunos do presente estudo, o que iria explicar as maiores preocupações em relação a interrupções de relacionamentos.

Comparando as duas perturbações, os alunos universitários consideram os sujeitos com depressão como sendo menos afetuosos, menos competentes e menos motivados.

As disparidades de estereótipos entre as duas perturbações poderão ser explicadas por diferenças entre fatores internos e fatores externos dos sintomas das duas doenças mentais (Follmer & Jones, 2017). Os sintomas da perturbação de ansiedade, como é exemplo a inquietação e a preocupação (APA, 2014) são fatores mais internos, pelo que o sofrimento é processado de modo interno (Achenbach et al., 2016). Já os sintomas da perturbação de depressão, como são exemplos o humor deprimido, diminuição de interesse pelas atividades ou isolamento social são fatores mais externos, ou seja, o sofrimento é passado para fora, manifestando-se em comportamentos que poderão afetar mais os outros ao seu redor (Boysen, 2017). Deste modo, a percepção dos sujeitos poderá ser alterada pela manifestação interna ou externa das doenças mentais. Outra possível explicação, decorre das baixas dimensões de competência e de afetuosidade percebidas face aos sujeitos com perturbação de depressão, que, de acordo com o modelo dos conteúdos estereotipados, levará a estereótipos negativos.

Apesar das diferenças dos estereótipos, no presente estudo, dos estudantes entre as duas perturbações alvo, quando se analisam os resultados das duas perturbações na sua generalidade, os alunos universitários possuem poucos estereótipos negativos face a ambas as perturbações.

Especificamente, face às duas perturbações, os estudantes sentiram pouca ansiedade e pouco medo, levando à hipotetização de que, contrariamente aos estereótipos relatados na literatura, de que os sujeitos com estas doenças mentais não são percebidos como perigosos (Corrigan et al., 2016; Aromaa et al., 2011). Os alunos também sentiram, no presente estudo, pouca raiva e inveja, e até simpatizaram com os sujeitos com as doenças mentais alvo.

Ademais, revelaram ter poucas preocupações de interrupção de relacionamentos, contrariando a ideia de que a sociedade considera os sujeitos com doença mental como sendo difícil de conversar (Abdelsalam & Mohamed, 2016; Wood et al., 2014) e não confiável (Angermeyer & Dietrich, 2006; Jorm et al., 2006). Também acreditam que os sujeitos com as perturbações possuem uma higiene pessoal adequada, contrariando o

estereótipo de que os sujeitos com doença mental poderão ser preguiçosos (Wood et al., 2014) face à sua higiene. Parecem ainda acreditar que os sujeitos com as perturbações possam recuperar das suas doenças e acreditam na eficácia dos profissionais no tratamento das mesmas.

As diferenças dos resultados do presente estudo face à literatura, poderá ter sido resultado do aumento progressivo dos debates sobre as doenças e a saúde mental, na atualidade. Também poderá ser resultado do aumento da prevalência de perturbação mental na sociedade e nos estudantes universitários. O maior contacto com a temática poderá ter aumentado o conhecimento sobre a doença mental e, conseqüentemente, poderá ter levado a uma diminuição dos estereótipos.

Apesar das visões estereotipadas positivas apresentadas pelos estudantes, os mesmos também manifestaram, em menor proporção, estereótipos negativos. Os estudantes acreditam que os sujeitos com doença mental são pouco motivados e sentem por eles pouca admiração (Calejar et al., 2021).

No que diz respeito aos níveis das dimensões de competência e afetuosidade, no presente estudo, os estudantes consideraram que os sujeitos com perturbação de ansiedade possuem uma afetuosidade e competência média (Hipótese 2), resultado o qual também foi obtido no estudo de Fiske (2012). Os estudantes sentiram, face aos mesmos sujeitos, maiores emoções de simpatia do que sentiram face à perturbação de depressão.

Como referido pelo Modelo do Conteúdo Estereotipado (Fiske et al., 2002), emoções de simpatia advêm de grupos percebidos com elevada afetuosidade e baixa competência. Uma vez que os resultados de ambas as dimensões obtiveram níveis medianos muito similares, a explicação para o facto de os estudantes terem sentido simpatia prende-se com o julgamento mais rápido da dimensão de afetuosidade (Willis & Todorov, 2006). Esta dimensão é julgada mais rapidamente, pois quando um sujeito não é afetuoso, isso irá afetar o próprio e os outros à sua volta, causando maiores danos nas suas relações interpessoais comparativamente à dimensão de competência, que acarreta mais danos para o próprio.

No que concerne aos sujeitos com perturbação de depressão, estes foram percebidos, pelos estudantes, como pouco competentes e pouco afetuosos (Hipótese 2), o que tal como ocorreu nos estudos realizados por Follmer e Jones (2017) e Görzig e colegas (2019). De acordo com o Modelo do Conteúdo Estereotipado (Fiske et al., 2002),

grupos com ambas as dimensões baixas irão suscitar emoções de desprezo (medo ou raiva), o que vai de encontro do presente estudo, de facto os estudantes sentiram um maior medo em relação à perturbação de depressão.

De acordo com Sadler e colegas (2015), o medo associado às baixas dimensões, poderão surgir da interpretação da dimensão de competência não como sendo o grau de habilidade, mas sim como sendo um controlo sobre os próprios comportamentos. Neste caso, os estudantes parecem poder acreditar que os sujeitos com perturbação de depressão não possuem controlo sobre os seus próprios comportamentos.

No que diz respeito ao desejo de distanciamento social face às perturbações alvo, ambas obtiveram resultados baixos (Hipótese 2), no entanto, foram encontradas diferenças entre as perturbações, que se devem, de acordo com o Mapa de Comportamentos de Afetos e Estereótipos das diferenças entre os níveis percebidos das dimensões de afetuosidade e de competência.

Face à perturbação de ansiedade, os estudantes obtiveram um menor desejo de distanciamento social, comparativamente. O resultado de menor distanciamento social, um comportamento de dano passivo, terá, possivelmente, advindo, de acordo com Mapa de Comportamentos de Afetos e Estereótipos (Cuddy et al., 2007), dos níveis de percebidos de média afetuosidade e competência

Face à perturbação de depressão, comparativamente, o desejo de distanciamento social foi superior. De acordo com o Mapa de Comportamentos de Afetos e Estereótipos (Cuddy et al., 2007), os níveis percebidos face à perturbação de depressão de baixa afetuosidade e baixa competência, decorrentes das emoções de medo sentidas, gerou o comportamento de dano passivo, o distanciamento social.

Os alunos dos cursos de saúde apresentaram perceções estereotipadas menos negativas face à perturbação de ansiedade, comparativamente aos alunos dos cursos de artes e de tecnologias. No que concerne à perturbação de depressão, os alunos de saúde somente demonstraram perceções menos negativas face às habilidades dos profissionais tratarem a doença mental, ou seja, de eficácia profissional (Hipótese 3).

As diferenças entre perceções estereotipadas entre cursos poderão ser explicados devido às diferenças dos conhecimentos adquiridos pelas diversas áreas científicas (Rocha et al., 2015). Tal como foi postulado nos estudos de Querido et al. (2020) e Neto et al. (2021), também no presente estudo, os alunos com maior contacto com temas relacionados à saúde e doença mental, como é o caso dos cursos da área da saúde,

obtiveram percepções estereotipadas menos negativas, comparativamente aos alunos sem qualquer contacto com a temática, como é o caso dos cursos de áreas de tecnologias.

De entre as três áreas, os cursos de tecnologias demonstraram mais percepções estereotipadas negativas face à perturbação de ansiedade, o que confirma o estudo de Frempong e Spencer (2019). Os alunos destes cursos obtiveram preocupações mais negativas acerca de interrupções de relacionamento, consideraram os sujeitos com a mesma perturbação como menos competentes, menos afetuosos, e menos motivados. Adicionalmente, sentem uma menor admiração e uma menor simpatia por eles.

Por fim, o sexo feminino apresentou percepções estereotipadas menos negativas em comparação com o sexo masculino, face à perturbação de ansiedade e face à perturbação de depressão (Hipótese 4). Em relação à perturbação de ansiedade, o sexo feminino apresentou preocupações menos negativas de interrupção de relacionamento, considerou os sujeitos que possuem esta perturbação como sendo mais competentes e mais afetuosos e sentiram por eles uma maior admiração, simpatia e menos medo, comparativamente ao sexo masculino. Também apresentou um menor desejo de distanciamento social. No que diz respeito à perturbação de depressão, as estudantes do sexo feminino também consideraram os sujeitos como mais competentes, afetuosos e sentiram maior admiração e um menor desejo de distanciamento social.

Estes resultados vão de encontro aos mencionados na literatura, que referem que os estudantes do sexo feminino apresentam atitudes mais positivas, menos estereótipos e menores desejo de distanciamento social face aos sujeitos com doença mental (Abi Doumit et al., 2019; Boerema et al., 2016; Batterham et al., 2013; Grant et al., 2016; Subramaniam et al., 2017).

### **Limitações, Estudos Futuros e Implicações Práticas**

Como todos os estudos, este também não está isento de algumas limitações. No que diz respeito à amostra, apesar da sua dimensão, a mesma não é representativa da população dos cursos das áreas consideradas, uma vez que se tratou de uma amostra de conveniência, não probabilística. Este aspeto poderá também levar a que os resultados não possam ser extrapoláveis para a população. Adicionalmente, a recolha da amostra incluiu duas metodologias: recolha dos questionários em contexto de sala de aula e por meio de contactos sociais e redes sociais. As duas modalidades de recolha de dados poderão ter gerado limitações, como, por exemplo, uma variável parasita. Outro fator que

poderá refletir-se nos resultados foi o uso de um instrumento de autorrelato, que poderá culminar no enviesamento dos resultados, devido a fenómenos de desejabilidade social.

Finalmente, a consistência interna do instrumento “Escala dos Estereótipos” afigura-se como uma limitação, já que esta obteve, inicialmente, para um fator, um Alpha de Cronbach não aceitável. Deste modo, seguiu-se uma análise fatorial exploratória, e procedeu-se a uma reestruturação da estrutura fatorial do instrumento, sumarizando 24 itens. Adicionalmente, na “Escala das Emoções”, dois fatores não obtiveram resultados satisfatórios de consistência interna, pelo que se procedeu à sua eliminação e implementação de um item de cada fator. Do mesmo modo, variados itens dos instrumentos utilizados foram eliminados por não se adaptarem à população alvo e substituídos por outros itens foram adicionados, por se enquadrarem melhor. Apesar da consistência interna dos instrumentos ter sido mantida, estas alterações poderão refletir-se nos resultados obtidos.

Apesar das limitações expostas, há que salientar o uso de questões de controlo de qualidade ao longo dos instrumentos, que permitiram o controlo da aleatoriedade das respostas obtidas.

Futuramente, é de crucial importância que sejam realizados estudos com amostras probabilísticas e heterogéneas, de modo que os resultados possam ser extrapoláveis para a população, sendo também benéfico o aumento da amostra. Por outro lado, seria importante utilizar outros meios de recolha de dados, de modo a evitar respostas de desejabilidade social, por exemplo, o uso de métodos implícitos, tal como afirma Gonzalez-Sanguino et al. (2019).

Estudos com outro tipo de populações e faixas etárias poderiam ser interessantes, e estudos com outros contextos culturais permitiria uma visão mais ampla e transcultural desta temática (Ahmed et al., 2020).

É de importância ressaltar que os sujeitos que sofrem de doenças mentais carregam o fardo da mesma mental em si (sofrendo com os sintomas associados a elas), poderão ter o seu sofrimento agravado quando são alvos de estereótipos. As consequências poderão ser sentidas a nível individual, profissional, social ou familiar (Sousa, 2017). No caso dos estudantes universitários, estereótipos negativos poderão influenciar o seu desempenho escolar e a sua vida social e pessoal. Além disso, poderá aumentar o sofrimento (Baptista & Zanon, 2017) e os sentimentos de vergonha (Reed, 2017), o medo e o isolamento que estes sujeitos sentem, podendo até, estes sentimentos, levar a que o sujeito adie o tratamento da doença (Silva & Carvalho, 2017).

Nos casos em que os estereótipos são internalizados, poderá ser desenvolvido um auto-estigma (Wood et al., 2014; Lynch et al., 2021) no sujeito com a perturbação, fazendo com que o sujeito replique sobre si os estereótipos de que é alvo. O autoestigma pode levar a que o sujeito desenvolva baixa autoestima e que desenvolva consequências pessoais, tais como desistir de trabalhar e de ter objetivos, uma vez que não se considera apto para estar/agir em sociedade (Corrigan & Shapiro, 2010).

Considerando as consequências prejudiciais na vida dos sujeitos com doença mental, a compreensão dos estereótipos, e o objetivo do presente estudo, é essencial para serem desenvolvidos esforços na diminuição dos mesmos, nos estudantes universitários. Tal aspeto poderá resultar num aumento da qualidade de vida e de adesão nos tratamentos por parte dos sujeitos com doença mental.

Face à confirmação das hipóteses mencionadas na presente investigação, são várias as implicações práticas que podemos destacar. Inicialmente, é essencial o desenvolvimento de programas contra os estereótipos das doenças mentais (Alipanopoulos et al., 2020). Os mesmos, deverão ser baseados no contacto (interações com sujeitos com doença mental), na educação (aprendizagem sobre a saúde mental) ou no protesto (manifestação ou campanhas públicas; Alipanopoulos et al., 2020). É importante que estes programas sejam realizados em parceria com a comunidade universitária, para reduzir os estereótipos especificamente nos estudantes.

Os programas baseados no contacto, possuem uma elevada importância pelo poder de redução de estereótipos, relação a qual foi verificada no presente estudo. Deste modo, poderão ser realizadas partilhas dos sujeitos com doença mental *in vivo*, aumentando assim o contacto com esta realidade e, conseqüentemente, a familiaridade. Mais, esta aproximação poderá aumentar a capacidade de empatia dos sujeitos que estereotipam.

Adicionalmente, é importante que existam intervenções educacionais, de modo que os estudantes possuam conhecimentos acerca da doença mental e das suas causas. As intervenções educacionais, deverão abordar temas específicos, tais como a capacidade dos sujeitos com doença mental envolverem-se e manterem-se em relacionamentos significativos. É essencial que, nestas campanhas, os sujeitos com doença mental sejam retratados a partir das suas competências e capacidade de realizar as suas próprias escolhas. Contudo, é importante reforçar que as intervenções educacionais devem sempre

ser adaptadas ao público-alvo, adequando os conteúdos e a linguagem, de modo a garantir que a informação seja recebida de forma adequada.

Exemplos de intervenções educacionais passam pela inclusão nos programas curriculares das universidades de unidades curriculares alusivas à saúde e doença mental. É de elevada importância que estas unidades curriculares sejam abrangentes a todas as áreas científicas. Poderiam ser desenvolvidas, na Universidade, atividades de exibição de filmes associados à doença mental, e que, envolvesse discussões grupais. Adicionalmente, poderão ser criadas formações que incluíssem os primeiros socorros em saúde mental e que abordasse fatores de risco, características clínicas e estratégias de ajuda para sujeitos em crise de saúde mental (Burns et al., 2017; Hart et al., 2018). Além do mencionado, seria benéfico ainda a implementação de palestras sobre a saúde mental, direcionadas a todos os alunos universitários.

No que diz respeito aos programas baseados no protesto, é realçada a importância do desenvolvimento de campanhas que forneçam informações de modo adaptado à faixa etária alvo, de modo a ser compreensível pelo público-alvo e apelativo ao mesmo. Realça-se a importância de um maior foco no desenvolvimento de campanhas especificamente direcionadas à perturbação de depressão, com o objetivo de explicar de forma adequada a perturbação, os seus sinais e sintomas. O foco em doenças mentais específicas permite o aumento do conhecimento do público, o que poderá aumentar o seu nível de familiaridade, influenciando positivamente os estereótipos existentes, tal como foi visível no presente estudo.

A título de exemplo de programas contra os estereótipos, temos o programa como o Active Minds, presente nos Estados Unidos da América, do Canadá e do Equador. O programa converge na partilha dos alunos sobre a sua saúde mental, aumentando assim a conscientização sobre a mesma, o que irá gerar comunidades de apoio e irá promover comportamentos de ajuda. Adicionalmente, também o programa *Opening Minds* no Canadá, utiliza histórias de recuperação pessoal para aumentar a conscientização (Stuart, 2016).

Face à possibilidade do desenvolvimento do autoestigma, é importante que os doentes estigmatizados desenvolvam capacidades psicológicas e mentais que os permitam lidar os estereótipos, assim como, seria de igual importância, a criação de mais políticas que defendam os direitos dos sujeitos com doença mental e que lhes forneçam um acesso mais simplificado e direto aos cuidados de saúde mental.

## 7. Conclusão

A existência de estereótipos da doença mental é uma realidade prevalente presentemente, que afeta todas as doenças mentais, tais como as mais comuns, como a perturbação de ansiedade e da perturbação de depressão.

Os estudos realizados até à época foram, usualmente, centralizados com participantes de populações comunitárias, pelo que o presente estudo se torna pertinente, ao aprofundar a temática dos estereótipos, especificamente, com a amostra alvo de estudantes universitários portugueses. Adicionalmente, o estudo acrescenta um construto muito importante, o distanciamento social, sendo este um comportamento de preconceito que poderá afetar negativamente a vida do sujeito estigmatizado. Na vida dos estudantes universitários, que vivem uma fase de desenvolvimento na qual a inclusão e partilha são cruciais, um afastamento social poderá pôr em causa o desenvolvimento do seu psíquico.

Primeiramente, é possível concluir que os estereótipos negativos dos estudantes universitários estão associados a um maior desejo de distanciamento social em relação aos sujeitos com perturbação de ansiedade e com perturbação de depressão. Adicionalmente, o presente estudo verificou que a maior familiaridade diminuiu o desejo de distanciamento social. Deste modo, de forma a mitigar o efeito nefasto que o distanciamento social poderá ter na vida dos sujeitos estigmatizados, é essencial que se façam esforços de diminuição dos estereótipos. Uma vez que a familiaridade possui impacto positivo no distanciamento social, programas antiestereótipos com base no contacto seriam essenciais a implementar com os estudantes universitários.

De seguida, foi possível verificar que os estudantes universitários, de modo geral, possuíram visões estigmatizadas negativas reduzidas. Ainda assim, os estudantes possuíram a visão estigmatizada de que os mesmos são pouco motivados, o que poderá realçar a existência do estigma de que as doenças mentais não são doenças incapacitantes. Neste sentido, é de crucial importância que os estudantes universitários ganhem conhecimentos acerca das doenças mentais, através de, por exemplo, palestras informativas, uma vez que tais visões estigmatizadas partem muitas vezes de desinformação.

Quando comparadas as áreas de conhecimento obtiveram-se diferenças significativas. Os estudantes das áreas de saúde possuíram visões estigmatizadas menos negativas e os estudantes das áreas de tecnologias visões estigmatizadas mais negativas. Tais diferenças realçam a importância que a familiaridade/contacto possuem na

diminuição dos estereótipos. É essencial que ocorra um aumento do contacto dos estudantes universitários principalmente de áreas de tecnologias, mas também de outras áreas científicas.

Por fim, o sexo teve implicações nos estereótipos. Verificou que o sexo feminino possuiu menores níveis de estereótipos, comparativamente ao sexo masculino.

Concluindo, apesar de o presente estudo não demonstrar estereótipos negativos elevados dos estudantes universitários, sabe-se que a estereotipação é um fenómeno abrangente na nossa sociedade e que o mesmo também é existente no meio universitário. Devido ao efeito nefasto que os estereótipos possuem na vida do sujeito estereotipado, é essencial que se reúnam esforços para a sua diminuição. Os estereótipos da doença mental combatem-se com o uso da consciencialização, com o aumento da literacia em saúde mental e pelo aumento do contacto com esta realidade, tal como se verificou no presente estudo. É de igual importância que os programas antiestereótipos abrangem grupos específicos de estudantes e se desenvolvam com base em doenças mentais específicas. Estudos comprovam que os programas melhoram os conhecimentos das doenças mentais, possuem impacto nas atitudes e resultam numa maior procura de ajuda e menor desejo de distanciamento social (Wagas et al., 2020). As instituições, tal como a universidade, deverão realizar colaborações de modo a estes programas sejam implementados de modo efetivo e eficaz. Por fim, é de extrema importância ressaltar que a doença mental transcende o sujeito, e que o constructo de possuir uma doença mental varia do constructo de ser um doente mental. Os indivíduos não são somente a sua doença mental, são sujeitos que as ultrapassam (Sousa, 2017).

## 8. Referências

- Abdelsalam, Z., & Mohamed, S. (2016). Depression stigma, treatment seeking behaviors and attitudes among students of faculty of nursing-Cairo University. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(6), 27-35. <http://dx.doi.org/10.9790/1959-0506062735>
- Abi Doumit, C., Haddad, C., Sacre, H., Salameh, P., Akel, M., Obeid, S., Akiki M., Mattar E., Hilal, N., Hallit, S., & Soufia, M. (2019). Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PLoS one*, 14(9), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222172>
- Achenbach, T., Ivanova, M., Rescorla, L., Turner, L., & Althoff, R. (2016). Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-656. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
- Ahmed, S., Birtel, M., Pyle, M., and Morrison, A. (2020). Stigma towards psychosis: cross-cultural differences in prejudice, stereotypes, and discrimination in White British and south Asians. *J. Community Appl. Soc. Psychol.* 30(2), 199–213. <https://doi.org/10.1002/casp.2437>
- Alipanopoulos, S., Feng, G., & Shier, V. (2020). Exploring Strategies to Challenge Students' Stigma Toward Mental Illness: A Literature Review. *Journal of Recovery in Mental Health*, 3(2), 45-56. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/rmh/article/view/34623>
- Allstadt Torras, R., Scheel, C., & Dorrough, A. (2023). The stereotype content model and mental disorders: Distinct perceptions of warmth and competence. *Frontiers in Psychology*, 14(1), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1069226>
- Almeida, J. (2015). *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação* [Doctoral dissertation, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/2939>
- Anagnostopoulos, F., & Hantzi, A. (2011). Familiarity with and social distance from people with mental illness: Testing the mediating effects of prejudiced

- attitudes. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 21(5), 451-460.  
<https://doi.org/10.1002/casp.1082>
- Anderson, K., Jeon, A., Blenner, J., Wiener, R., & Hope, D. (2015). How people evaluate others with social anxiety disorder: A comparison to depression and general mental illness stigma. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(2), 131–138.  
<http://dx.doi.org/10.1037/ort0000046>
- Angermeyer, M., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Angermeyer, M., Holzinger, A. & Matschinger, H. (2010). Emotional reactions to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(1), 26–32.  
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00001573>
- Antunes, N. (2018). *Sentidos* (1ª Edição). Lua de Papel.
- APA (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Edição). Climepsi.
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. (2011). Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic journal of psychiatry*, 65(2), 125-132.  
<https://doi.org/10.3109/08039488.2010.510206>
- Baptista, M., & Zanon, C. (2017). Why not seek therapy? The role of stigma and psychological symptoms in college students. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(67), 76-83. <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201709>
- Barlow, D. (2022). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos- Tratamento passo a passo* (6ª Edição). Artmed Editora.
- Batterham, P., Griffiths, K., Barney, L., & Parsons, A. (2013). Predictors of Generalized Anxiety Disorder stigma. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 282–286.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.018>
- Batterham, P., Griffiths, K., Barney, L., & Parsons, A. (2013). Predictors of generalized anxiety disorder stigma. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 282–286.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.018>
- Boerema, A., Zoonen, K., Cuijpers, P., Holtmaat, C., Mokkink, L., Griffiths, K., & Kleiboer, A. (2016). Psychometric properties of the Dutch Depression Stigma Scale (DSS) and associations with personal and perceived stigma in a depressed

- and community sample. *PLoS One*, *11*(8), 1-16.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160740>
- Boyd, J., Katz, E., Link, B., & Phelan, J. (2010). The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(11), 1063–1070. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0147-9>
- Boysen, G. (2017). Exploring the relation between masculinity and mental illness stigma using the stereotype content model and BIAS map. *The journal of social psychology*, *157*(1), 98-113. <https://doi.org/10.1080/00224545.2016.1181600>
- Boysen, G., Chicosky, R., & Delmore, E. (2020). Dehumanization of mental illness and the stereotype content model. *Stigma and Health*, *8*(2), 150-158.  
<http://dx.doi.org/10.1037/sah0000256>
- Boysen, G., Morton, J., & Nieves, T. (2019). Mental illness as a relationship dealbreaker. *Stigma and Health*, *4*(4), 421. <http://dx.doi.org/10.1037/sah0000157>
- Brown, S. (2012). The contribution of previous contact and personality traits to severe mental illness stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *15*, 274-289. <https://doi.org/10.1080/15487768.2012.703553>
- Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Hunt, K., Chih, H., & Tilley, P. (2017). What’s wrong with John? A randomised controlled trial of Mental Health First Aid (MHFA) training with nursing students. *BMC psychiatry*, *17*(1), 1-12.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1278-2>
- Bye, H., & Herrebrøden, H. (2018). Emotions as mediators of the stereotype–discrimination relationship: a BIAS map replication. *Group Processes & Intergroup Relations*, *21*(7), 1078-1091.  
<https://doi.org/10.1177/1368430217694370>
- Calear, A., Batterham, P., Torok, M., & McCallum, S. (2021). Help-seeking attitudes and intentions for generalised anxiety disorder in adolescents: the role of anxiety literacy and stigma. *European child & adolescent psychiatry*, *30*(3), 243-251.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-020-01512-9>
- Calear, A., Griffiths, K., Christensen, H. (2011). Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: magnitude and predictors. *Journal of Affective Disorders*, *129*(1-3), 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.019>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J., & Thornicroft, G. (2015). What is the

- impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/s0033291714000129>
- Coles, M., & Coleman, S. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depression and anxiety*, 27(1), 63-71. <https://doi.org/10.1002/da.20620>
- Conceição, V., Rothes, I., Gusmão, R., & da Conceição, V. (2020). Depression stigma effects on help-seeking attitudes in college students: Baseline results of a randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263622>
- Cook, T., & Wang, J. (2010). Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC psychiatry*, 10(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.11575/PRISM/33799>
- Correia, S., Santos, M., & Sobral, D. (2018). Depressão: Um Problema por Resolver?. *Rev. ADSO*, 6(8), 16-22. [https://www.researchgate.net/profile/Dilermando-Sobral-2/publication/335183434\\_Depressao\\_um\\_problema\\_por\\_resolver/links/5dfab7b0299bf10bc3662109/Depressao-um-problema-por-resolver.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dilermando-Sobral-2/publication/335183434_Depressao_um_problema_por_resolver/links/5dfab7b0299bf10bc3662109/Depressao-um-problema-por-resolver.pdf)
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P., & Nieweglowski, K. (2019). How does familiarity impact the stigma of mental illness?. *Clinical Psychology Review*, 70, 40-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.02.001>
- Corrigan, P., & Shapiro, J. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review*, 30(8), 907-922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P., Bink, A., Schmidt, A., Jones, N., & Rüschi, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>
- Crocetti, G., Spiro, H., & Siassi, I. (1974). *Contemporary attitudes toward mental illness* (1ª Edição).
- Cuddy, A., Fiske, S., & Glick, P. (2007). The BIAS map: Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 631–648. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.631>

- Cuddy, A., Fiske, S., & Glick, P. (2008). Warmth and competence as universal dimensions of social perception: The stereotype content model and the BIAS map. *Advances in experimental social psychology*, 40(1), 61-149. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(07\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(07)00002-0)
- Curcio, C., & Corboy, D. (2020). Stigma and anxiety disorders: A systematic review. *Stigma and Health*, 5(2), 125. <https://doi.org/10.1037/sah0000183>
- Day, E., Edgren, K., & Eshleman, A. (2007). Measuring stigma toward mental illness: Development and application of the mental illness stigma scale 1. *Journal of applied social psychology*, 37(10), 2191-2219. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2007.00255.x>
- DeFreitas, S., Crone, T., DeLeon, M., & Ajayi, A. (2018). Perceived and personal mental health stigma in latino and african american college students. *Journal of Original Research*, 6(49), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00049>
- Devendorf, A., Bender, A., & Rottenberg, J. (2020). Depression presentations, stigma, and mental health literacy: A critical review and YouTube content analysis. *Clinical Psychology Review*, 78(1), 101843. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101843>
- Dordoni, P., & Argentero, P. (2015). When age stereotypes are employment barriers: a conceptual analysis and a literature review on older workers stereotypes. *Ageing International*, 40(4), 393-412. <http://dx.doi.org/10.1007/s12126-015-9222-6>
- Elliott, M., & Doane M. (2015). Stigma management of mental illness: Effects of concealment, discrimination, and identification on well-being. *Self and Identity*, 14(6), 654-674. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1053518>
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis* (1ª Edição). W.W. Norton.
- Ferreira, F., Fernandino, D., Souza, G., Ibrahim, T., Fukino, A., Araújo, N., & Vidal, C. (2015). Avaliação das Atitudes de Estudantes da Área da Saúde em relação a Pacientes Esquizofrênicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 542-549. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e01562014>
- Ferreira, M., & de Araújo Carvalho, M. (2017). Estigma associado ao transtorno mental: uma breve reflexão sobre suas consequências. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 6(2), 192-201. <https://doi.org/10.33362/ries.v6i2.1094>
- Fiske, S. (2012). The continuum model and the stereotype content model. Handbook of theories of social psychology In P. Lange, A. Kruglanski, & E. Higgins (Eds.),

- The Handbook of Theories of Social Psychology* (pp. 267–288). Sage Publications.
- Fiske, S. (2015). Intergroup biases: A focus on stereotype content. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3(1), 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.01.010>
- Fiske, S. (2018). Stereotype content: Warmth and competence endure. *Current directions in psychological science*, 27(2), 67-73. <https://doi.org/10.1177/0963721417738825>
- Fiske, S., & Durante, F. (2016). Stereotype content across cultures: Variations on a few themes. In M. Gelfand, C. Chiu, & Y. Hong (Eds.), *Handbook of advances in culture and psychology* (pp. 209–258). Oxford University Press.
- Fiske, S., Cuddy, A., & Glick, P. (2007). Universal dimensions of social cognition: Warmth and competence. *Trends in cognitive sciences*, 11(2), 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.11.005>
- Fiske, S., Cuddy, A., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878–902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>
- Fiske, S., Cuddy, A., Glick, P., & Xu, J. (2018). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal Of Personality and Social Psychology*,
- Follmer, K., & Jones, K. (2017). Stereotype content and social distancing from employees with mental illness: The moderating roles of gender and social dominance orientation. *Journal of Applied Social Psychology*, 47(9), 492-504. <https://doi.org/10.1111/jasp.12455>
- Frempong, I., & Spence, W. (2019). Mental disorder stigma among Scottish university students. *Journal of Further and Higher Education*, 43(6), 861-868. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2017.1410531>
- Gärtner, L., Asbrock, F., Euteneuer, F., Rief, W., & Salzmann, S. (2022). Self-Stigma Among People With Mental Health Problems in Terms of Warmth and Competence. *Frontiers in Psychology*, 13 (1), 1-16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877491>
- Gil, I. (2015). *Estigma e doença mental*. <http://hdl.handle.net/10316.2/36627>
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade* (1ª Edição). Sabotagem.

- Gonzalez-Sanguino, C., Munoz, M., Castellanos, M., Perez-Santos, E., and Orihuela-Villameriel, T. (2019). Study of the relationship between implicit and explicit stigmas associated with mental illness. *Psychiatry Research*, 272(1), 663–668. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.172>
- Görzig, A., & Ryan, L. (2022). The different faces of mental illness stigma: Systematic variation of stereotypes, prejudice and discrimination by type of illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(5), 545-554. <https://doi.org/10.1111/sjop.12833>
- Görzig, A., Bedrosova, M., & Machackova, H. (2019). Do stereotypes of mental and developmental disorders predict bystander intentions in cyberbullying? An application of the stereotype content model. *International Journal of Developmental Science*, 13(3-4), 83-95. <https://doi.org/10.3233/DEV-190270>
- Grant, J., Bruce, C., & Batterham, P. (2016). Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(3), 247-254. <https://doi.org/10.1017/s2045796015000220>
- Grant, J., Bruce, C., & Batterham, P. (2016). Predictors of personal, perceived and self-stigma towards anxiety and depression. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(3), 247-254. <https://doi.org/10.1017/s2045796015000220>
- Harper, D. (1999). Presidential address: Social psychology of difference: Stigma, spread, and stereotypes in childhood. *Rehabilitation Psychology*, 44(2), 131. <http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.44.2.131>
- Hart, L., Morgan, A., Rossetto, A., Kelly, C., Mackinnon, A., & Jorm, A. (2018). Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster-randomised crossover trial of teen Mental Health First Aid. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(7), 638-651. <https://doi.org/10.1177/0004867417753552>
- Holmes, E., Corrigan, P., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. (1999). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 447-456. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033392>
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D., & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships* (1ª Edição). W. H. Freeman.
- Jones, K., King, E., Gilrane, V., McCausland, T., Cortina, J., & Grimm, K. (2016). The baby bump: Managing a dynamic stigma over time. *Journal of Management*, 42(6), 1530-1556. <https://doi.org/10.1177/0149206313503012>

- Jorm, A., Kelly, C., Wright, A., Parslow, R., Harris, M., & McGorry, P. (2006). Belief in dealing with depression alone: Results from community surveys of adolescents and adults. *Journal of affective disorders*, 96(1-2), 59-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.018>
- Kibler, E., Mandl, C., Farny, S., & Salmivaara, V. (2020). Post-failure impression management: A typology of entrepreneurs' public narratives after business closure. *Human Relations*, 74(2), 286-318. <https://doi.org/10.1177/0018726719899465>
- Klein, K., & Hodges, S. (2001). Gender differences, motivation, and empathic accuracy: When it pays to understand. *Personality and social psychology bulletin*, 27(6), 720-730. <https://doi.org/10.1177/0146167201276007>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Kosyluk, K. A., Al-Khouja, M., Bink, A., Buchholz, B., Ellefson, S., Fokuo, K., Goldberg, D., Kraus, D., Leon, A., Michaels, P., Powell, K., Schmidt, A., & Corrigan, P. (2016). Challenging the stigma of mental illness among college students. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 325-331. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.005>
- Kurzban, R., & Leary, M. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127(2), 187-208. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.187>
- Lee, P. (2020). *Public stigma and self-stigma of depression in college students* [Doctoral dissertation, Belmont University]. Belmont Digital Repository. <https://repository.belmont.edu/dnpscholarlyprojects/39/>
- Link, B. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American sociological review*, 52(1), 96-112. <https://doi.org/10.2307/2095395>
- Link, B., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Lynch, H., McDonagh, C., & Hennessy, E. (2021). Social anxiety and depression stigma among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 281(1), 744-750. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.073>

- Lyons, B., Volpone, S., Wessel, J., & Alonso, N. (2017). Disclosing a disability: Do strategy type and onset controllability make a difference? *Journal of Applied Psychology, 102*(9), 1375–1383. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/apl0000230>
- Mackenzie, C., Visperas, A., Ogrodniczuk, J., Oliffe, J., & Nurmi, M. (2019). Age and sex differences in self-stigma and public stigma concerning depression and suicide in men. *Stigma and Health, 4*(2), 233. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/sah0000138>
- Masedo, A., Grandón, P., Saldivia, S., Vielma-Aguilera, A., Castro-Alzate, E. S., Bustos, C., Romero-Lólez-Alberca, C., Pena-Andreu, J., Xavier, M., & Moreno-Küstner, B. (2021). A multicentric study on stigma towards people with mental illness in health sciences students. *BMC Medical Education, 21*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02695-8>
- Meyer, B., & Asbrock, F. (2018). Disabled or cyborg? How bionics affect stereotypes toward people with physical disabilities. *Frontiers in psychology, 9*, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02251>
- Neto, J., de Sousa Martins, E., Figueira, G., & Souza, J. C. (2021). O estigma da doença mental entre estudantes e profissionais de saúde. *Research, Society and Development, 10*(3), 1-7. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12899>
- Newman, M., Crits-Christoph, P., & Skzodny, L. (2013). Generalized anxiety disorder. In L. Castonguay & T. Oltmanns (Eds.), *Psychopathology: From science to clinical practice*. (pp. 62–87). The Guilford Press. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9781585625048.gg19>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021 Outubro 4). *Dia Europeu da Depressão -Vamos falar sobre depressão*. Ordem dos Psicólogos. <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/noticia/3669>
- Pachankis, J., Hatzenbuehler, M., Wang, K., Burton, C., Crawford, F., Phelan, J., & Link, B. (2018). The burden of stigma on health and well-being: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin, and peril across 93 stigmas. *Personality and Social Psychology Bulletin, 44*(4), 451-474. <https://doi.org/10.1177/0146167217741313>
- Papish, A., Kassam, A., Modgill, G., Vaz, G., Zanussi, L., & Patten, S. (2013). Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC medical education, 13*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-141>

- Parcesepe, A., and Cabassa, L. (2013). Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Adminis. Policy Mental Health*, 40(1), 384–399. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z>
- Pedrelli, P., Nyer, M., Yeung, A., Zulauf, C., & Wilens, T. (2015). College students: mental health problems and treatment considerations. *Academic psychiatry*, 39(5), 503-511. <https://doi.org/10.1007%2Fs40596-014-0205-9>
- Peeters, G. (1983). Relational and informational pattern in social cognition. In W. Doise & S. Moscovici (Eds.), *Current issues in European social psychology* (pp. 201–237). Cambridge University Press. [https://www.researchgate.net/publication/261134404\\_Relational\\_and\\_informational\\_patterns\\_in\\_social\\_cognition](https://www.researchgate.net/publication/261134404_Relational_and_informational_patterns_in_social_cognition)
- Pescosolido, B. (2013). The public stigma of mental illness: what do we think; what do we know; what can we prove?. *Journal of Health and Social behavior*, 54(1), 1-21. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Phelan, J., & Basow, S. (2007). College students' attitudes toward mental illness: An examination of the stigma process 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(12), 2877-2902. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2007.00286.x>
- Pinto, I., Bernardo, M., Sousa, S., & Currel, R. (2020). Evaluation of mental health stigma on medical education: an observational study with Portuguese medical students. *Porto Biomedical Journal*, 5(4). <https://doi.org/10.1097%2Fj.pbj.0000000000000074>
- Querido, A., Tomás, C., & Carvalho, D. (2016). O estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3(1), 67-72. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0120>
- Reed, E. (2017). *The development of mental illness stigma: The role of perceived social support, social proximity, and help-seeking behavior* [Master's thesis, Eastern Kentucky University]. Ecompass. <https://encompass.eku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1552&context=etd>
- Rocha, F., Hara C., & Paprocki J. (2015). Doença mental e estigma. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4), 590-596. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>
- Rodell, J., & Lynch, J. (2016). Perceptions of employee volunteering: Is it “credited” or “stigmatized” by colleagues? *Academy of Management Journal*, 59(2), 611–635. <https://doi.org/10.5465/amj.2013.0566>

- Roland, D., & Françoise, P. (2001). *Dicionário de Psicologia*. (1ª Edição). Climepsi Editores.
- Sadler, M., Kaye, K., & Vaughn, A. (2015). Competence and warmth stereotypes prompt mental illness stigma through emotions. *Journal of Applied Social Psychology*, 45(11), 602-612. <https://doi.org/10.1111/jasp.12323>
- Sadler, M., Meagor, E., & Kaye, K. (2012). Stereotypes of mental disorders differ in competence and warmth. *Social Science & Medicine*, 74(6), 915-922. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.019>
- Sampaio, D., Figueira, M., Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. (1ª Edição). Lidel.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261-268. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>
- Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2019). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 469-479. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0896-0>
- Shrivastava, A., Johnston, M., & Bureau, Y. (2012). Stigma of mental illness-1: Clinical reflections. *Mens sana monographs*, 10(1), 70. <https://doi.org/10.4103%2F0973-1229.90181>
- Silva, J., & Carvalho, J. (2017). Pontes para a inclusão: O combate ao estigma na doença mental. *Revista Pró-UniverSUS*, 8(2), 47-51. <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/984/865>
- Sönmez, B., and Karaoğlu, K. (2022). Contents of stereotypes toward mental illness. *Current Psychology*, 693(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03693-9>
- Sousa, J. (2017). O Estigma da Saúde Mental. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1120.pdf>
- Sousa, J., (2015). *Epidemiologia, etiopatogenia, diagnóstico e tratamento farmacológico da depressão em Portugal* [Doctoral dissertation, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/5329>

- Stringer, K., & Baker, E. (2018). Stigma as a barrier to substance abuse treatment among those with unmet need: an analysis of parenthood and marital status. *Journal of family issues*, 39(1), 3-27. <https://doi.org/10.1177/0192513X15581659>
- Stuart, H. (2016). Reducing the stigma of mental illness. *Global Mental Health*, 10(3), 1-14. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.11>
- Stuber, J., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. (2014). Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric services*, 65(4), 490-497. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300136>
- Subramaniam, M., Abidin, E., Picco, L., Pang, S., Shafie, S., Vaingankar, J. A., Kwok, K., & Chong, S. (2017). Stigma towards people with mental disorders and its components—a perspective from multi-ethnic Singapore. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(4), 371-382. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000159>
- Toussaint, L., & Webb, J. (2005). Gender differences in the relationship between empathy and forgiveness. *The Journal of social psychology*, 145(6), 673-685. <https://doi.org/10.3200/SOCP.145.6.673-686>
- Tzouvara, V., Papadopoulos, C., & Randhawa, G. (2016). Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 292-305. <https://doi.org/10.1177/0020764016629699>
- Van der Sanden, R., Bos, A., Stutterheim, S., Pryor, J., & Kok, G. (2013). Experiences of stigma by association among family members of people with mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 58(1), 73-80. <https://doi.org/10.1037/a0031752>
- Vijayalakshmi, P., Reddy, D., Math, S., & Thimmaiah, R. (2013). Attitudes of undergraduates towards mental illness: A comparison between nursing and business management students in India. *South African Journal of Psychiatry*, 19(3), 66-74. <http://dx.doi.org/10.4102/sajpsy.2013.19i3.398>
- Wahl, O., Susin, J., Lax, A., Kaplan, L., & Zatina, D. (2012). Knowledge and attitudes about mental illness: A survey of middle school students. *Psychiatric Services*, 63(7), 649–654. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100358>
- Waqas, A., Malik, S., Fida, A., Abbas, N., Mian, N., Miryala, S., Amray, A., Shah, Z., & Naveed, S. (2020). Interventions to reduce stigma related to mental illnesses in educational institutes: A systematic review. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 887-903. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09751-4>

- Willis, J., & Todorov, A. (2006). First impressions: Making up your mind after a 100-ms exposure to a face. *Psychological science*, *17*(7), 592-598. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01750.x>
- Wojciszke, B. (2005). Affective concomitants of information on morality and competence. *European psychologist*, *10*(1), 60-70. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.10.1.60>
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry research*, *220*(1-2), 604-608. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.012>
- World Health Organization (2019). *Regional Office for Europe. Data and resources. Prevalence of mental disorders.* <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/dataand-resource>
- World Health Organizations (2022). *Mental Disorders.* World Health Organization. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal—rationale, design and fieldwork procedures. *International journal of mental health systems*, *7*(19), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-19>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Lacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, *277*, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Yang, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social science & medicine*, *64*(7), 1524-1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>
- Yokoya, S., Maeno, T., Sakamoto, N., Goto, R., & Maeno, T. (2018). A brief survey of public knowledge and stigma towards depression. *Journal of clinical medicine research*, *10*(3), 202. <https://doi.org/10.14740/jocmr3282w>
- Yoshioka, K., Reavley, N., MacKinnon, A., & Jorm, A. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: results from a survey of Japanese high school students. *Psychiatry research*, *215*(1), 229-236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.034>

- Zanonato, E., Costa, A., & Aosani, T. (2021). Precisamos falar sobre a depressão: estigma com relação a este sofrimento psíquico na contemporaneidade. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 10942-10960. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-748>
- Zhang, R., Wang, M., Toubiana, M., & Greenwood, R. (2021). Stigma beyond levels: Advancing research on stigmatization. *Academy of Management Annals*, 15(1), 188-222. <https://doi.org/10.5465/annals.2019.0031>

# **ANEXOS**

## **Anexo A. Questionário de estereótipos da perturbação de depressão**

### **Estereótipos de Saúde Mental**

No âmbito da dissertação em Psicologia Clínica da Universidade de Évora, realiza-se um trabalho sobre os Estereótipos de saúde mental. A participação no estudo é voluntária, sendo que todas as respostas serão confidenciais, não acarretando nenhum tipo de prejuízo para o respondente. Não será recolhido nenhum dado que permita identificar o respondente e os dados recolhidos serão assim agregados e analisados em total anonimato. Poderá interromper a sua participação a qualquer momento.

O questionário destina-se somente a estudantes universitários e demorará cerca de 10 minutos a ser concluído.

Em caso de informações adicionais ou esclarecimentos poderá contactar a investigadora, Tatiana Carpinha (m49949@alunos.uevora.pt) ou a sua orientadora Prof. Fátima Bernardo (fatimab@uevora.pt).

Ao prosseguir estará a concordar com o consentimento informado para que as suas respostas sejam recolhidas para efeitos de análise.

### **Dados Sociodemográficos**

Sexo F  M  Idade \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

**Na nossa sociedade muitas pessoas apresentam perturbações psicológicas. Leia atentamente o seguinte texto sobre a perturbação de depressão.**

A perturbação de depressão é uma doença com sintomas que incluem sentimentos de tristeza e desânimo. As pessoas com depressão perdem o prazer e o interesse nas suas atividades habituais, tais como trabalho, amigos e passatempos, e apresentam a sensação de fadiga ou perda de energia quase todos os dias. Podem também apresentar uma perda ou aumento do apetite e insónia ou sonolência durante o dia. As pessoas com esta perturbação podem chorar durante longos períodos, sendo que alguns podem até perder o interesse em viver e desenvolver pensamentos de suicídio. Outros sintomas da depressão

incluem sentimentos de culpa, inadequação, impotência e desesperança em relação ao futuro.

Gostaríamos de saber a sua opinião acerca de uma pessoa com **perturbação de depressão**. Por favor, responda com a maior **sinceridade** que conseguir.

**1. Em que medida percebe uma pessoa com perturbação de depressão como:**

Nada.....Extremamente

Amigável	1	2	3	4	5
Eficaz	1	2	3	4	5
Motivada	1	2	3	4	5
Competente	1	2	3	4	5
Afetuosas	1	2	3	4	5
Interessada	1	2	3	4	5
Inteligente	1	2	3	4	5
Gosta de desafios	1	2	3	4	5
Cooperante	1	2	3	4	5
Esta questão é um controlo de qualidade. Pedimos gentilmente que seleccione o “3”	1	2	3	4	5
Habilidosa	1	2	3	4	5
Confiável	1	2	3	4	5
Competitiva	1	2	3	4	5
Simpática	1	2	3	4	5

**2. Em que medida possui as seguintes emoções em relação a uma pessoa com perturbação de depressão?**

Nada.....Extremamente

Desprezo	1	2	3	4	5
Admiração	1	2	3	4	5
Empatia	1	2	3	4	5
Inveja	1	2	3	4	5
Repugnância	1	2	3	4	5
Medo	1	2	3	4	5
Orgulho	1	2	3	4	5
Simpatia	1	2	3	4	5
Ciúme	1	2	3	4	5
Inquietude	1	2	3	4	5

3. Em que medida estaria **disponível para viver** as situações:

Nada.....Extremamente

Viver numa casa arrendada com alguém com perturbação de depressão	1	2	3	4	5
Ter um colega de turma com perturbação de depressão	1	2	3	4	5
Esta é uma questão de controlo de qualidade. Pedimos gentilmente que selecione “5”	1	2	3	4	5
Ter alguém com perturbação de depressão como vizinho	1	2	3	4	5
Apresentar alguém com perturbação de depressão a um amigo(a)	1	2	3	4	5
Fazer grupo de trabalho com um colega com perturbação de depressão	1	2	3	4	5
Ser amigo/a de um colega com perturbação de depressão	1	2	3	4	5
Ter um namorado/a com perturbação de depressão	1	2	3	4	5
Passar uma noite de convívio com um colega com perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Ajudar um colega com perturbação de depressão no estudo	1	2	3	4	5

4. Em que medida **concorda** com as seguintes afirmações:

Concordo.....Discordo

Completamente      Completamente

Há poucos medicamentos eficazes para a perturbação depressiva que permitem o regresso à vida normal e produtiva das pessoas com perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Não creio que seja possível ter um relacionamento com alguém com perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Acho difícil confiar em alguém com perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Pessoas com perturbação de depressão tendem a negligenciar a sua aparência.	1	2	3	4	5
Seria difícil ter um relacionamento próximo e significativo com alguém com perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Sinto-me ansioso e desconfortável quando estou perto de alguém com uma perturbação de depressão.	1	2	3	4	5

É fácil para mim reconhecer os sintomas da perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Eu provavelmente não saberia que alguém tem perturbação de depressão, a menos que me dissessem.	1	2	3	4	5
Um relacionamento próximo com alguém com perturbação de depressão seria como viver numa montanha-russa emocional.	1	2	3	4	5
Há pouco que se possa fazer para controlar os sintomas de perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Eu acho que um relacionamento pessoal com alguém com perturbação de depressão seria muito exigente.	1	2	3	4	5
Uma vez que alguém desenvolve perturbação de depressão, ele ou ela nunca será capaz de recuperar totalmente.	1	2	3	4	5
Pessoas com perturbação de depressão ignoram a sua higiene, como por exemplo, tomar banho e usar desodorizante.	1	2	3	4	5
A perturbação de depressão impede que as pessoas tenham um relacionamento normal com os outros.	1	2	3	4	5
Tenho tendência a sentir ansioso e nervoso quando estou perto de alguém com perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Quando falo com alguém com perturbação de depressão, tenho medo de dizer algo que o aborreça.	1	2	3	4	5
Esta é uma questão de controlo de qualidade. Pedimos gentilmente que selecione “4”.	1	2	3	4	5
As pessoas com perturbação de depressão continuarão doentes durante o resto das suas vidas.	1	2	3	4	5

Posso dizer que alguém tem perturbação de depressão pela forma que age.	1	2	3	4	5
Pessoas com perturbação de depressão não se cuidam devidamente.	1	2	3	4	5
Eu não acho que posso realmente relaxar e ser eu mesmo, quando estou perto de alguém com perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Quando estou perto de alguém com perturbação de depressão preocupa-me que ele ou ela possa me magoar fisicamente.	1	2	3	4	5
Os psiquiatras e psicólogos têm o conhecimento e as competências necessárias para tratar a perturbação de depressão de forma eficaz.	1	2	3	4	5
Eu sentir-me-ia inseguro sobre o que dizer ou fazer se estivesse perto de alguém com perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Eu sinto-me nervoso e desconfortável quando estou perto de alguém com perturbação de depressão.	1	2	3	4	5
Posso dizer que alguém tem perturbação de depressão pela forma como fala.	1	2	3	4	5
As pessoas com perturbação de depressão precisam cuidar melhor dos seus hábitos de higiene (tomar banho, lavar os dentes, usar desodorizante).	1	2	3	4	5
Os profissionais de saúde mental, tais como psiquiatras e psicólogos, podem fornecer tratamentos eficazes para a perturbação de depressão	1	2	3	4	5
Não existem tratamentos eficazes para a perturbação de depressão.	1	2	3	4	5

5. Por favor, leia atentamente cada afirmação. Depois da leitura, selecione **as afirmações** que melhor se adequam à **sua exposição/experiência** com pessoas com **perturbação de depressão**.

- Já assisti a um filme ou a uma série que ilustra uma pessoa com perturbação de depressão
- O meu curso envolve prestar serviços/tratamentos a pessoas com perturbação de depressão
- Já observei uma pessoa que acredito que já pode ter tido uma perturbação de depressão
- Observo frequentemente pessoas com perturbação de depressão
- Eu tenho perturbação de depressão
- Fiz trabalhos académicos com uma pessoa que têm perturbação de depressão
- Nunca observei uma pessoa com perturbação de depressão
- Tenho um amigo que tem perturbação de depressão
- Tenho alguém na família que tem perturbação de depressão
- Já vi um documentário/vídeo/reportagem sobre perturbação de depressão
- Eu vivo com uma pessoa que tem perturbação de depressão

**Obrigada pela Colaboração!**

## **Anexo B. Questionário de estereótipos da perturbação de ansiedade**

### **Estereótipos de Saúde Mental**

No âmbito da dissertação em Psicologia Clínica da Universidade de Évora, realiza-se um trabalho sobre os Estereótipos de saúde mental. A participação no estudo é voluntária, sendo que todas as respostas serão confidenciais, não acarretando nenhum tipo de prejuízo para o respondente. Não será recolhido nenhum dado que permita identificar o respondente e os dados recolhidos serão assim agregados e analisados em total anonimato. Poderá interromper a sua participação a qualquer momento.

O questionário destina-se somente a estudantes universitários e demorará cerca de 10 minutos a ser concluído.

Em caso de informações adicionais ou esclarecimentos poderá contactar a investigadora, Tatiana Carpinha (m49949@alunos.uevora.pt) ou a sua orientadora Prof. Fátima Bernardo (fatimab@uevora.pt).

Ao prosseguir estará a concordar com o consentimento informado para que as suas respostas sejam recolhidas para efeitos de análise.

### **Dados Sociodemográficos**

Sexo F  M  Idade \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

**Na nossa sociedade muitas pessoas apresentam perturbações psicológicas. Leia atentamente o seguinte texto sobre a perturbação de ansiedade.**

A perturbação de ansiedade é uma doença com sintomas que incluem inquietude e preocupação excessiva. As pessoas com ansiedade têm dificuldades em controlar a preocupação, que se pode manifestar pela sensação de estar no limite, e dificuldade de concentração ou sensação da mente ficar em branco. Perturbações do sono, como dificuldade em adormecer, um sono agitado ou dificuldade em se manter a dormir, podem ocorrer facilmente. As pessoas com ansiedade sentem-se facilmente cansadas, com tensão muscular e podem apresentar irritabilidade. A ansiedade, preocupação ou estes sintomas

físicos causam angústia e podem ter impacto significativo na vida social, profissional, ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Gostaríamos de saber a sua opinião acerca de uma pessoa com **perturbação depressiva**. Por favor, responda com a maior **sinceridade** que conseguir.

1. Em que medida percebe uma pessoa com **perturbação de ansiedade** como:

Nada.....Extremamente

Amigável	1	2	3	4	5
Eficaz	1	2	3	4	5
Motivada	1	2	3	4	5
Competente	1	2	3	4	5
Afetuososa	1	2	3	4	5
Interessada	1	2	3	4	5
Inteligente	1	2	3	4	5
Gosta de desafios	1	2	3	4	5
Cooperante	1	2	3	4	5
Esta questão é um controlo de qualidade. Pedimos gentilmente que seleccione o “3”	1	2	3	4	5
Habilidosa	1	2	3	4	5
Confiável	1	2	3	4	5
Competitiva	1	2	3	4	5
Simpática	1	2	3	4	5

2. Em que medida possui os seguintes emoções em relação a uma pessoa com **perturbação de ansiedade**?

Nada.....Extremamente

Desprezo	1	2	3	4	5
Admiração	1	2	3	4	5
Empatia	1	2	3	4	5
Inveja	1	2	3	4	5
Repugnância	1	2	3	4	5
Medo	1	2	3	4	5
Orgulho	1	2	3	4	5
Simpatia	1	2	3	4	5
Ciúme	1	2	3	4	5
Inquietude	1	2	3	4	5

3. Em que medida estaria **disponível para viver** as situações?

Nada.....Extremamente

Viver numa casa arrendada com alguém com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Ter um colega de turma com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Ter alguém com perturbação de ansiedade como seu vizinho.	1	2	3	4	5
Apresentar alguém com perturbação de ansiedade a um amigo(a).	1	2	3	4	5
Fazer grupo de trabalho com um colega com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Ser amigo/a de um colega com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Ter um namorado/a com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Passar uma noite de convívio com um colega com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Esta questão é um controlo de qualidade. Pedimos gentilmente que selecione o “1”					
Ajudar um colega com perturbação de ansiedade no estudo.	1	2	3	4	5

4. Em que medida **concorda** com as seguintes afirmações:

Concordo.....Discordo

Completamente      Completamente

Há poucos medicamentos eficazes para a perturbação de ansiedade que permitem o regresso à vida normal e produtiva das pessoas.	1	2	3	4	5
Não creio que seja possível ter um relacionamento com alguém com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Acho difícil confiar em alguém com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Pessoas com perturbação de ansiedade tendem a negligenciar a sua aparência.	1	2	3	4	5
Seria difícil ter um relacionamento próximo e significativo com alguém com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Sinto-me ansioso e desconfortável quando estou perto de alguém com uma perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5

É fácil para mim reconhecer os sintomas da perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Eu provavelmente não saberia que alguém tem perturbação de ansiedade, a menos que me dissessem.	1	2	3	4	5
Um relacionamento próximo com alguém com perturbação de ansiedade seria como viver numa montanha-russa emocional.	1	2	3	4	5
Há pouco que se possa fazer para controlar os sintomas de perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Eu acho que um relacionamento pessoal com alguém com perturbação de ansiedade seria muito exigente.	1	2	3	4	5
Uma vez que alguém desenvolve perturbação de ansiedade, ele ou ela nunca será capaz de recuperar totalmente.	1	2	3	4	5
Pessoas com perturbação de ansiedade ignoram a sua higiene, como por exemplo tomar banho e usar desodorizante.	1	2	3	4	5
A perturbação de ansiedade impede que as pessoas tenham um relacionamento normal com os outros.	1	2	3	4	5
Tenho tendência a me sentir ansioso e nervoso quando estou perto de alguém com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Quando falo com alguém com perturbação de ansiedade, tenho medo de dizer algo que irá aborrecê-lo.	1	2	3	4	5
As pessoas com perturbação de ansiedade continuarão doentes durante o resto das suas vidas.	1	2	3	4	5

Posso dizer que alguém tem perturbação de ansiedade pela maneira como ele ou ela age.	1	2	3	4	5
Pessoas com perturbação de ansiedade não se cuidam devidamente.	1	2	3	4	5
Eu não acho que posso realmente relaxar e ser eu mesmo, quando estou perto de alguém com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Quando estou perto de alguém com perturbação de ansiedade preocupa-me que ele ou ela possa me magoar fisicamente.	1	2	3	4	5
Os psiquiatras e psicólogos têm o conhecimento e as competências necessárias para tratar a perturbação de ansiedade de forma eficaz.	1	2	3	4	5
Eu sentir-me-ia inseguro sobre o que dizer ou fazer se estivesse perto de alguém com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Eu sinto-me nervoso e desconfortável quando estou perto de alguém com perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Esta questão é um controlo de qualidade. Pedimos gentilmente que selecione o “3”.	1	2	3	4	5
Posso dizer que alguém tem perturbação de ansiedade pela forma como fala.	1	2	3	4	5
As pessoas com perturbação de ansiedade precisam cuidar melhor dos seus hábitos de higiene (tomar banho, lavar os dentes, usar desodorizante).	1	2	3	4	5
Os profissionais de saúde mental, tais como psiquiatras e psicólogos, podem fornecer tratamentos eficazes para a perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5
Não existem tratamentos eficazes para a perturbação de ansiedade.	1	2	3	4	5

**5. Por favor, leia atentamente cada afirmação. Depois da leitura, selecione as afirmações que melhor se adequam à sua exposição/experiência com pessoas com perturbação de ansiedade.**

- Já assisti a um filme ou a uma série ilustra uma pessoa com perturbação de ansiedade
- O meu curso envolve prestar serviços/tratamentos a pessoas com perturbação de ansiedade
- Já observei uma pessoa que acredito que já pode ter tido uma perturbação de ansiedade
- Observo frequentemente pessoas com perturbação de ansiedade
- Eu tenho perturbação de ansiedade
- Fiz trabalhos académicos com uma pessoa que tem perturbação de ansiedade
- Nunca observei uma pessoa com perturbação de ansiedade
- Tenho um amigo que tem perturbação de ansiedade
- Tenho alguém na família que tem perturbação de ansiedade
- Já vi um documentário/vídeo/reportagem sobre perturbação de ansiedade
- Eu vivo com uma pessoa que tem perturbação de ansiedade

**Obrigada pela Colaboração!**