

Considerações sobre doença mental e comunicação social

FÁTIMA JORGE-MONTEIRO (*)
TÂNIA MADEIRA (**)

INTRODUÇÃO

Com este artigo aprofundamos os aspectos gerais relacionados com as questões do estigma associado à doença mental e a sua contextualização com o papel exercido pelos “media”, quanto ao tipo e à forma como a informação é transmitida ao público. Através do estudo realizado, é apresentada a perspectiva de um grupo de profissionais de comunicação social de um órgão de Imprensa escrita, com base nos resultados obtidos.

Assim, são apresentadas as suas atitudes face à doença mental e às pessoas que a possuem e a sua visão acerca da abordagem da Imprensa em matéria de saúde mental. Importa referir que a relevância deste estudo prende-se com o facto de o conhecimento do público sobre qualquer assunto, inclusivamente sobre o tema da doença mental, ser cada vez mais formado pelos media (Wahl,

2003) e de o comportamento dos profissionais da informação perante os factos da actualidade influenciar a estruturação da percepção do meio através da relevância atribuída aos diversos temas de carácter público (Grossi, 1985, cit. por Saperas, 1993).

São também clarificadas ideias e conceitos sobre a doença mental, ao mesmo tempo que, numa perspectiva de mudança, se salientam estratégias de redução do estigma, sustentadas por dimensões teóricas que, tanto os agentes envolvidos nas questões da saúde mental, como a própria comunicação social podem e devem efectivar.

O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

Segundo Crocker, Major e Steele (1998) citados por Pryor, Reeder, Yeadon e Hesson-McInnis (2004), uma pessoa estigmatizada é aquela cuja identidade social ou pertença a uma determinada categoria social é desvalorizada pelos outros.

Segundo vários autores (Dovidio, Major & Crocker, 2000; Goffman, 1963, cit. por Pryor et al., 2004), o estigma envolve o reconhecimento de algumas características distintas ou marcas que o indivíduo com doença mental possui e que resultam na sua desvalorização. Este reconhecimento envolve uma resposta emocional negativa ao

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Associação para o Estudo e Integração Psicossocial. E-mail: maria_monteiro@ispa.pt

(**) Licenciada em Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental, ISPA. E-mail: taniammadeira@hotmail.com

estigmatizado. Rozin, Lowery e Elbert (1994), citados por Pryor, Reeder, Yeadon e Innis (2004) sugerem que a aversão, a rejeição e a exclusão são respostas comuns manifestadas por muitos tipos de estigma.

O termo estigma pode ainda ser definido como uma desvalorização social ou percebido como uma falha baseada nas características pessoais de um indivíduo, apresentando implicações sociais negativas (Blaine, 2000, cit. por V. Thompson, J. Noel, & J. Campbell, 2004). O estigma da doença mental tem vindo a ser objecto de múltiplas análises, derivadas do aumento da sua influência nas ligações comunitárias, no suporte social e nas oportunidades de “recovery” das pessoas (Fink & Tasman, 1992; Satcher, 1999; Wahl, 1999, cit. por V. Thompson et al., 2004). A visão do *recovery*, segundo Fisher (2006), é a de que, com suporte, a pessoa com doença mental pode viver plenamente na sociedade.

Podem salientar-se várias perspectivas de estigma, segundo diferentes autores. Jones et al. (1984) defende que uma pessoa é estigmatizada quando possui uma característica considerada desviante do protótipo ou norma. Essa característica ou marca designada por desviante inicia um processo de atribuição através do qual as pessoas interpretam outros aspectos do indivíduo em termos dessa marca e respondem estigmatizando-os na base do seu estigma à custa da sua individualidade (cit. por Kurzban & Leary, 2001).

Em contraste, Elliot, Ziegler, Altman e Scott (1982) citados por Kurzban e Leary (2001), sugerem que o estigma é uma forma desviante que leva os outros a julgar os indivíduos como seres ilegítimos para participar nas interações sociais. As pessoas podem ser consideradas participantes ilegítimos devido à sua falta de capacidades e competências de levar a cabo uma interacção, comportando-se inconsistente e inesperadamente, podendo ser até uma ameaça aos outros ou à interacção em si. De acordo com os mesmos autores, uma vez classificada como ilegítima para participar numa interacção, a pessoa ficará fora das normas sociais e poderá ser excluída e totalmente ignorada.

Apesar dos esforços das pessoas para serem aceites numa determinada categoria social, a rejeição é uma das características dominantes da vida social. Claro que muitas rejeições resultam de preferências, de inclinações, de objectivos de um indivíduo com relação a outro, de valores partilhados por indivíduos de um grupo que não são consonantes

com os indivíduos de outro grupo. Através do processo da estigmatização, alguns indivíduos são sistematicamente excluídos de determinadas interações sociais por possuírem características que os distinguem dos outros ou por pertencerem a um grupo social particular (Kurzban & Leary, 2001).

O estigma é assim encarado como uma resposta da comunidade aos eventuais factores de incapacidade dos indivíduos que os possuem (Corrigan & Kleinlein, 2005).

Os indivíduos com doença mental não são os únicos afectados pelo estigma, mas também pessoas que a si estejam próximas (cit. por Corrigan & Kleinlein, 2005). Goffman (1963) citado pelos mesmos autores, designa este fenómeno como estigma associativo ou por associação, porque reflecte a ideia de que o preconceito e a discriminação, vivenciados por pessoas com problemas psiquiátricos, afectam também a família, os prestadores de cuidados e outros elementos a elas associados.

Corrigan (2004) refere que o estigma é a expressão social do “disempowerment”, pois promove a expectativa, quer no público em geral quer nas pessoas com doença mental, de que estas são incapazes de assumir responsabilidades e viver independentemente. Os estereótipos mais comuns são referidos pelo autor como sendo o medo e a exclusão. Como consequência considera-se que as pessoas com doença mental grave devem ser temidas devido à sua perigosidade e, como resultado disso, afastadas da comunidade e mantidas em instituições.

O paternalismo, sendo também um estereótipo, classifica as pessoas com doença mental como infantis necessitando, por isso, de cuidados e protecção por parte de familiares, amigos e comunidade, no geral (Brockington et al., 1993; Taylor & Dear, 1981 citado por Corrigan, 2004).

Deste modo, as atitudes públicas negativas, os estereótipos e as concepções erradas são traduzidas em comportamentos. Os indivíduos com doença mental definem discriminação como um comportamento no qual um indivíduo ou grupo trata os membros de outro grupo injustamente (Dovidio & Gaertner, 1986, cit. por V. Thompson, J. Noel, & J. Campbell, 2004). A discriminação está presente no trabalho, na educação, nos cuidados médicos, na habitação, nos alojamentos públicos e até mesmo na prestação de serviços de saúde mental. Alguns indivíduos são mesmo alvo de humilhação e de negação às oportunidades de vida (Stefan, 2001;

Wahl, 1999, cit. por V. Thompson, J. Noel, & J. Campbell, 2004).

Os sinais que Penn e Martin (1998) e Corrigan (2000) fazem referência como sendo aqueles que a população no geral capta da pessoa com doença mental, podem estar ligados com a manifestação de sintomas psiquiátricos, com défices nas competências sociais, com a aparência física e com a existência de rótulos (concedidos pelo indivíduo ou por outras pessoas e até mesmo por associação) (Corrigan & Kleinlein, 2005).

O medo de receber respostas indesejáveis e a perda dos amigos cria uma barreira adicional às pessoas com doença mental, da qual resulta a necessidade de manterem em segredo a sua doença, aprendendo a não revelar os seus diagnósticos como estratégia de sobrevivência pessoal, e assim evitar respostas hostis por parte da comunidade (Penn & Couture, 2002).

O estigma, ao desencorajar a revelação de uma desordem psiquiátrica, de algum modo, perpetua-a e conduz os indivíduos para um estado de desconforto. A doença mental torna-se a vergonha de alguém e os esforços para a manter em segredo, o cuidado e a decepção podem também acontecer. Para além disto, o segredo afasta os indivíduos de suporte emocional e social e, como resultado, há uma restrição dos contactos e das redes inter-pessoais (Wahl, 2003). Faz ainda com que muitas pessoas não procurem assistência médica (Arboleda-Flórez, 2003), e falem à escola ou ao local de trabalho (Commonwealth of Australia, 2005).

Os estereótipos, os preconceitos e a discriminação podem privar as pessoas com doenças mentais de terem acesso às oportunidades de vida, essenciais para alcançar os seus objectivos, principalmente os que se relacionam com a obtenção de um emprego competitivo e de uma vida independente e segura numa habitação própria (Corrigan, River, Lundin et al., 2000), inibindo as pessoas de alcançar o *recovery* (Loiyd, Tse & Deane, 2006).

Na opinião de Hocking (2003), há actualmente a consciência de que são necessárias estratégias a longo-prazo para combater o estigma, através da dissociação da doença mental ao medo e através do aumento de conhecimento e da mudança de atitudes. A autora refere que os media são agentes essenciais em qualquer movimento que vise a mudança, pois assumem um importante papel na formação de atitudes do público sobre a doença mental.

OS MEDIA E A DOENÇA MENTAL

As imagens sobre pessoas com doenças psiquiátricas, apresentadas ao público pelos media, formam as suas atitudes e influenciam os seus comportamentos. Quando essas imagens não são correctas nem favoráveis contribuem significativamente para o estigma e para a discriminação, ajudando a criar barreiras para o *recovery* das pessoas com doença mental (Wahl, 2003) pois, “aquilo que se conhece sobre determinados assuntos influencia claramente as atitudes a eles referentes, assim como as atitudes em relação a determinados temas influenciam, naturalmente, o modo de estrutura, o conhecimento em torno deles e a quantidade e a sistematização da nova informação que sobre eles se adquire” (Wolf, 1995, p. 38).

As representações dos media acerca da doença mental assumem um papel de perpetuação de considerações e atitudes incorrectas e negativas que o público tem sobre esse assunto. As crenças incorrectas acerca da doença mental influenciam as atitudes das pessoas e criam respostas unicamente centradas nos rótulos médicos, nos sintomas e comportamentos que observam das pessoas com doença mental, isto é, respondem lembrando as imagens e os estereótipos criados em redor das mesmas (OMS & AMP, 2002).

Wahl (2003) salienta que as atitudes desfavoráveis das pessoas tornam difícil para as que têm uma doença mental lidarem com a própria doença. O autor refere que as imagens dos media sobre a doença mental são frequentes e, ao mesmo tempo, incorrectas, desfavoráveis e prejudiciais para as pessoas com doença mental e para a concretização de objectivos na área da saúde mental, pois com base em Arboleda-Flórez (2003), a estigmatização da doença mental exerce impacto negativo não apenas no nível dos serviços prestados, mas na qualidade desses mesmos serviços, comprometendo o acesso aos cuidados uma vez que os políticos e o público em geral acreditam que pessoas com doença mental são perigosas, preguiçosas, irrealistas e desnecessárias no mercado de trabalho.

Porque as pessoas com doenças estigmatizadas, com frequência estão socialmente isoladas, o público forma as suas atitudes através dos filmes, dos programas de televisão e das reportagens noticiosas que lêem e vêem. Esta é uma razão pela qual os media poderão exercer um importante papel em reduzir o estigma associado às pessoas com problemas

de saúde mental, se as publicações contiverem informação correcta e válida acerca do assunto (OMS, 2006).

Tendo em conta este aspecto, e numa perspectiva de redução do estigma e da discriminação, importa referir que também as próprias pessoas com doença mental têm um papel decisivo neste âmbito e, assim, devem ser encorajadas, sempre que possível, a ir a público falar sobre a sua experiência de doença mental e principalmente sobre os seus processos de recuperação, ambições e expectativas, através da sua participação em campanhas de educação bem como em associações ou grupos de suporte e também expressando as suas necessidades aos prestadores de serviços, ONG's e até ao Governo (OMS & AMP, 2002).

Wahl (2003) refere que, segundo as imagens dos media, as pessoas com doença mental estão afastadas da sociedade, entendidas como uma classe social especial e caracterizadas primariamente, se não exclusivamente, pela doença de que sofrem. Por vezes, as mensagens dos media também sugerem que as pessoas com doença mental são diferentes dos outros em termos das suas capacidades básicas, logo, os indivíduos com esse diagnóstico não poderão ser inteligentes, talentosos, dedicados, nem é esperado possuírem outro tipo de competências que as outras pessoas sem doença mental possuem.

As referências humilhantes e comuns feitas sobre doença mental, o uso explorador dos conceitos psiquiátricos, as representações cómicas das desordens mentais falham em reconhecer a seriedade e o quão doloroso é a doença mental, ao mesmo tempo que não respeitam a sensibilidade dos que sofrem de doença mental e que também eles estão entre as audiências (idem).

Um estudo demonstrou que as pessoas que acreditam que quem sofre de uma doença mental é perigoso(a), estão mais aptas a sentir medo e a rejeitá-lo(a) (Corrigan et al., 2001, cit. por Corrigan & Cooper, 2005). As percepções de perigosidade e medo fazem com que as pessoas sintam alguma relutância em ajudar alguém com doença mental e até em trabalhar com pessoas com esse diagnóstico (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003, cit. por Corrigan & Cooper, 2005).

As percepções do público acerca da perigosidade associada aos indivíduos com doença mental pode, segundo Corrigan e Cooper (2005) diminuir as oportunidades de vida a que estas pessoas têm direito. Dando destaque ao estereótipo associado

à violência e ao perigo das pessoas com doença mental, disseminar-se-á facilmente pela comunidade o preconceito e a discriminação, responsáveis pela criação de sentimentos de não-aceitação e pela redução do desejo de estabelecer relações e contactos sociais. Referem também que os estereótipos sobre a perigosidade podem dificultar a disponibilização dos recursos necessários ao *recovery* pela oposição das pessoas quanto à presença dos indivíduos com doença mental na comunidade.

São, pois, às imagens públicas negativas acerca da doença mental que as pessoas respondem com desconforto e rejeição e não à pessoa ou à sua doença específica e tal como referem Frazier e Gaziano, citados por Saperas (1993), as notícias no seu conjunto e pela sua acção constante, determinam o conhecimento que um indivíduo tem do seu meio e a sua posição relativamente a esse mesmo meio. O público responde não àquilo que observa directamente da pessoa, não às suas acções ou emoções mas aos seus estereótipos, expectativas e imagens que adquire através dos media sobre as pessoas com doença mental (Wahl, 2003).

Daí que a estratégia do contacto, proposta por Corrigan e Penn (1999), afim de proporcionar a oportunidade de contacto entre grupos estigmatizados e a população no geral, seja crucial na mudança de atitudes acerca das pessoas com esse diagnóstico (Kolodziej & Johnson, 1996) e conseqüentemente na redução do estigma (Corrigan & Penn, 1999). O contacto e a convivência são essenciais na mudança de atitudes uma vez que a distância assegura que a maioria dos membros do público não se tornem familiares com as experiências reais daqueles com doença mental (Commonwealth of Australia, 2005).

Wahl (2003) não sugere que tenham sido os media a criar as atitudes negativas para com as pessoas com doença mental. Tais atitudes já existem há muito tempo e têm diversas origens. As apresentações dos media, contudo, ajudam a perpetuar as crenças incorrectas e desfavoráveis nas suas representações e interpretações sobre a doença mental. Eles reforçam as ideias já existentes, através de um processo a que Gerbner (1985, cit. por Wahl, 2003) dá o nome de "ressonância", através da passagem a novas gerações.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

Sendo o estigma uma construção social baseada

em concepções negativas da doença mental, onde se salientam os resultados da função dos meios de comunicação social quanto ao impacto dos conteúdos exibidos na formação das atitudes públicas, considerou-se pertinente conhecer as opiniões de um grupo de profissionais de comunicação social sobre a doença mental, uma vez que muita da informação que se torna acessível através da Imprensa, inclusive em matéria de saúde mental, é seleccionada, trabalhada e difundida pelos mesmos, ao público.

Como forma de contextualizar esta ideia, citamos Lima (2002) que refere que as atitudes podem ser expressas, logo, nas fontes que escolhemos para obter essa informação ou ainda através da justificação que damos para procurar informação. Porque as atitudes são importantes factores na previsão do comportamento humano (Fishbein & Ajzen, 1975, cit. por Lima, 2002), considerou-se pertinente o estudo das mesmas no grupo de profissionais de comunicação seleccionado para este estudo.

METODOLOGIA

Foi seleccionada para o estudo uma amostragem por conveniência, na redacção de um órgão de Imprensa escrita nacional, com sede em Lisboa. A amostra foi constituída por 31 participantes, 14 do sexo masculino e 17 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 60 anos, havendo predominância no escalão etário que compreendeu as idades dos 27 aos 32 anos. Quanto aos anos de experiência dos participantes verificou-se uma predominância no intervalo que compreende dos 11 aos 20 anos e seguidamente no dos 5 aos 10 anos de experiência.

O instrumento adoptado para a recolha de dados deste estudo resultou da compilação de dois instrumentos. Um, tendo por base o estudo sobre a visão dos jornalistas acerca do tema “Saúde Mental e a Imprensa” de Liz Macmin (2001). O outro referente à escala de atitudes sobre a doença mental realizada por Amanda Hahn (2002) que compreende seis categorias (sub-escalas) de análise. As categorias são caracterizadas por: **Separatismo** – identificada por itens que enfatizam a diferença das pessoas com doença mental e mantêm-nas afastadas e a uma distância segura; **Estereotipização** – caracterizada por itens que definem as pessoas com doença mental num determinado padrão

comportamental e habilidade mental; **Restrição** – definida por itens que sustentam uma visão limitativa dos direitos das pessoas com doença mental; **Paternalismo** – identificada por itens relacionados com a amabilidade para com as pessoas com doença mental; **Ideia pessimista** – identificada com a visão de que as pessoas com doença mental são incapazes de melhorar e a forma não optimista como a sociedade as trata; **Estigmatização** – identificada por itens que entendem a doença mental como vergonhosa e, por isso, deverá ser ocultada.

A recolha de dados efectuou-se nas secções Sociedade e Cultura. Foi, em reunião de editores, dado a conhecer o objectivo do estudo e solicitado aos presentes e a todos os profissionais de comunicação disponíveis, a sua participação, através do preenchimento individualizado de um questionário.

RESULTADOS

Expõe-se seguidamente uma síntese dos resultados, organizada por categoria. As categorias que revelaram uma tendência mais positiva face à doença mental, por parte dos participantes, foram as referentes à Restrição e à Estigmatização. Por outro lado, a categoria referente à Ideia Pessimista revelou uma tendência menos positiva.

A categoria da Estigmatização foi aquela onde mais participantes revelaram uma maior tendência a possuir atitudes favoráveis face à doença mental, pois 61% dos sujeitos não encara a doença mental como algo vergonhoso não devendo ser, por isso, ocultada e também que as pessoas com doença mental são capazes de obter sucesso a nível profissional.

A categoria que também registou o maior número de participantes com tendência positiva face à doença mental foi a referente à Restrição. Também nesta, 61% dos sujeitos não sustenta uma visão limitativa dos direitos das pessoas com doença mental o que significa que se mostram favoráveis quanto ao facto das pessoas com doença mental casarem, terem filhos bem como serem capazes de recuperar totalmente da sua doença e terem um futuro digno. Um dos resultados que podemos salientar foi o facto de os participantes se terem mostrado mais favoráveis à ideia do casamento de pessoas com doença mental e menos favoráveis quanto a terem filhos. E também uma associação, em três participantes, entre considerarem não ser

fácil a recuperação total da doença mental e, por isso, a impossibilidade das pessoas com doença mental de poderem ter um futuro.

Seguidamente, na categoria referente ao Paternalismo, menos de metade (45%) dos participantes tendem a possuir atitudes favoráveis pelas pessoas com doença mental. Estes participantes consideram as pessoas com doença mental capazes de ter uma vida independente e activa na comunidade, exercer uma actividade profissional e permanecer entre familiares e amigos em contexto comunitário como forma de recuperarem da sua doença mental e atribuem muita importância à família e amigos para a recuperação da pessoa com doença mental.

A categoria da Estereotipização registou apenas 42% dos participantes com atitudes totalmente positivas face à doença mental, logo, livres de concepções com base em estereótipos, no que se refere à inexistência de diferença em termos físicos, comportamentais e intelectuais entre pessoas com doença mental e pessoas sem doença mental.

Em relação ao Separatismo, salienta-se que, somente 35% dos participantes apresenta uma tendência mais favorável e menos separatista face às pessoas com doença mental não enfatizando a existência de diferenças entre as pessoas com doença mental e sem doença mental e não devendo estas manter-se afastadas da comunidade da qual fazem parte ou que sejam perigosas e/ou violentas. Os resultados mais relevantes desta categoria foram ao nível da imprevisibilidade dos comportamentos, onde persiste a ideia de que as pessoas com doença mental têm comportamentos imprevisíveis.

Verificou-se que os factores da imprevisibilidade e estranheza dos comportamentos das pessoas com doença mental leva as outras pessoas a pensarem em termos da sua perigosidade pela relação existente nas respostas dadas pelos participantes. Para além disto, verificou-se que os participantes com uma tendência mais forte a possuir atitudes menos favoráveis face à doença mental são concordantes com as ideias de perigosidade e/ou violência e/ou de que as pessoas com doença mental devam ser temidas.

A categoria referente à Ideia Pessimista foi onde menos participantes revelaram apresentar uma tendência a possuir atitudes positivas, ou melhor, atitudes não baseadas em ideias pessimistas da doença mental, uma vez que apenas 23% detém a visão de que as pessoas com doença mental são capazes de melhorar e de permanecer na sua comu-

nidade, criar relações sociais e beneficiar dos mesmos direitos do que qualquer outra. Concluímos que persiste a ideia de que é difícil para as pessoas com doença mental fazerem parte das suas comunidades e integrarem-se nos seus contextos naturais, mesmo depois de recuperadas. Contudo, a maioria dos participantes mostrou-se favorável à ideia do contacto e da convivência entre pessoas com e sem doença mental.

Em relação à abordagem dos profissionais de comunicação social nos temas que se prendem com a saúde mental e a Imprensa, os resultados obtidos demonstram que são várias as fontes que os jornalistas contactam quando pretendem elaborar artigos sobre saúde mental, preferindo incidir sobre as pessoas com doença mental e menos nos psicólogos e outras equipas de cuidados clínicos. Contudo, consideraram que só ocasionalmente se incluem nos artigos jornalísticos a “voz” das pessoas que tiveram uma doença mental o que contradiz de alguma forma, os posicionamentos anteriores.

A grande maioria dos sujeitos afirma não contactar regularmente com organizações de saúde mental nem ser contactado pelas mesmas, nem por pessoas com experiência de doença mental. Consideram também que a cobertura dos media em matéria de saúde mental pode ser melhorada. Afirmam que a política de publicação para as questões de saúde mental, não assenta em critérios diferenciados de publicação para este assunto. Por isso, os critérios enunciados pelos participantes, prendem-se, tal como noutros assuntos sociais, com a actualidade da notícia, e se esta apresenta interesse público.

CONCLUSÕES E REFLEXÕES

Não sendo o tema da saúde mental explorado regularmente na Imprensa, e notando-se em alguns participantes a presença de ideias sobre doença mental baseadas em aspectos que, resultado de investigações, são actualmente infundados, como a perigosidade, a imprevisibilidade, a dificuldade na integração comunitária das pessoas com doença mental há a revelação de que, quer as fontes a que os profissionais recorrem, quer o seu interesse pela informação que constituirá notícia não será conduzido numa perspectiva positiva, que saliente processos de recuperação e de integração na comunidade, mas muito provavelmente em modelos médicos, que salientam défices, sintomas ou em construções

sociais nas quais se inserem os estereótipos, que Townsend (1979), citado por Byrne (2000) definiu como percepções selectivas que colocam pessoas em categorias, acentuando diferenças entre grupos.

Com isto, salienta-se a importância da promoção de uma consciência actuante e mobilizadora que induza à participação dos indivíduos e, assim, os assuntos ganhem uma maior importância e sobre eles se manifeste um olhar mais crítico e construtivo.

Temos, por um lado, o papel determinante dos media na promoção da participação e envolvimento dos indivíduos com doença mental, concretizável através de uma política de investigação regular, com base num conhecimento mais aprofundado sobre as questões de saúde mental, que altere a tendência de concentrar a atenção pública em episódios negativos ou exclusivamente focalizados na descrição das características e dos sintomas das doenças mentais, não contextualizando os acontecimentos em destaque nem as situações vividas pelas pessoas com doença mental (Jorge-Monteiro, 2006).

Substituir as considerações negativas e as notícias escandalosas por histórias de recuperação e integração efectiva na comunidade e nos contextos onde estes indivíduos, como todas as outras pessoas, possam trabalhar, relacionar-se e viver, portanto, é vital. Segundo Ornelas (1999), a diversidade e o potencial humano são dois pontos de referência no desenvolvimento comunitário e saúde mental e, nesse sentido, devem-se destacar as potencialidades individuais e colectivas em vez de realçar os défices.

Tal como Carling (1995) contextualiza, de um período de transacção, em que antes os indivíduos eram apenas vistos em termos da sua doença, caminhou-se para uma visão em que são vistos principalmente como cidadãos com uma doença, mas que partilham, como todos os outros, o potencial e o direito de participarem totalmente na comunidade e nela se integrem de um modo permanente e efectivo (Carling, 1990; Wilson, 1992, cit. por Carling, 1995).

A literatura na área da saúde mental tende a suportar a noção de que a promoção da saúde mental nos media poderá melhorar as atitudes da comunidade acerca da saúde e da doença mental. A partir de estudos realizados, quanto mais conhecimento as pessoas obtiverem sobre a doença mental, menos favoráveis se mostram a adoptar atitudes negativas,

o que contribui para o melhoramento da vida das pessoas com doença mental, indicando igualmente aumentos significativos nos níveis de auto-estima, melhores relacionamentos com os outros, e mais oportunidades na obtenção de habitação própria e emprego (Corrigan, Edwards et al., 2001).

No entanto, porque se verificou em diversos estudos realizados que a estratégia da educação, isoladamente, não promove mudanças efectivas nos comportamentos das pessoas, uma vez que os estereótipos da doença mental podem ser muito resistentes a nova informação (Jorge-Monteiro, 2006), as abordagens educacionais apresentam-se insuficientes para alterar atitudes de discriminação e, assim sendo, a estratégia do contacto, proposta por Corrigan (2004) assume uma importância crucial. Mas para que isto seja possível, é necessário que as pessoas se integrem, de facto, na comunidade.

Para além da acção dos meios de comunicação social, também as organizações de defesa cívica (*advocacy*) e, principalmente, as pessoas que vivenciam ou vivenciam a doença mental e que desejam ver reduzidos sentimentos de estigma e discriminação por parte da comunidade, constituem-se como agentes valiosos nos processos de redução do estigma e da discriminação. Sabendo que o aumento do conhecimento sobre o *recovery* da doença mental e o contacto directo baseado em relações face-a-face em contextos de trabalho ou organizacionais se constituem como estratégias de redução do estigma, a implementação de processos de “*empowerment*” individuais, colectivos e comunitários é crucial.

Mecanismos de *empowerment* tais como: a vivência das pessoas com doença mental nos contextos naturais (comunidade), o exercício da cidadania com base na possibilidade de escolha e da existência de oportunidades reais de participação, bem como a defesa de direitos, a existência de organizações de representação de pessoas com doença mental e de familiares são determinantes para a diminuição do estigma e da discriminação das pessoas com doença mental (Jorge-Monteiro, 2006). Implícita a esta ideia surge a noção de participação comunitária que, por Wandersman e Florin (2000), constitui-se como um processo de acção social que promove a participação das pessoas, com o objectivo de aumentar o controlo individual e da comunidade e em melhorar a qualidade de vida.

Deve então ser assumida, como sugere Rappaport (1990), uma perspectiva de força, que não focalize

os défices mas as capacidades dos indivíduos e que procure criar contextos onde as capacidades de cada um poderão prevalecer perante as suas fraquezas. A filosofia utilizada com base nestes pressupostos assenta na ideia de “tu és uma pessoa competente”.

Para este autor emergem questões de como identificar, facilitar e criar contextos que promovam o *empowerment*, aliados ao uso das capacidades que cada indivíduo possui? ou quais os mecanismos que levam à criação e desenvolvimento de *empowerment* individual? Toda esta perspectiva centrada nas forças das pessoas e baseada nas capacidades que cada uma possui, implica necessariamente o reconhecimento que devemos conhecer as pessoas no contexto onde se inserem e onde há a possibilidade de gerarem resultados positivos (Altman, 1993; Altman & Rogoff, 1987; Felner & Felner, 1989; Florin & Wandersman, 1990; Seidman, 1988; Trickett, 1984; Zimmerman, 1990 cit. por Rappaport, 1990). Mas para isso, tendo a comunidade um importante papel na inclusão social das pessoas com doença mental (Corrigan & Kleinlein, 2005) importa reconhecer os aspectos inerentes ao *empowerment* ao nível comunitário.

Ao nível comunitário, o *empowerment* repõe a acção colectiva de proporcionar a qualidade de vida na comunidade e nas ligações entre as organizações comunitárias. A perspectiva de *empowerment* num contexto comunitário, segundo Rappaport (1992) citado por Zimmerman (1995) “consiste em identificar, facilitar ou criar contextos em que as pessoas isoladas ou silenciadas, possam ser compreendidas e terem uma voz activa sobre as decisões que lhes dizem respeito ou que afectam a sua vida”.

Zimmerman (1995), a este nível, sugere que o *empowerment* se traduz na possibilidade de participação em acções colectivas que melhorem a qualidade de vida da comunidade através do acesso aos órgãos governativos, à comunicação social e a outros recursos comunitários. O controlo, a consciência crítica e a participação, ao nível do *empowerment* comunitário, referem-se a contextos nos quais as organizações e os indivíduos interagem com o objectivo de fortalecer a vida na comunidade e de assegurar que os problemas e dificuldades dessa mesma comunidade são tidos em conta (Zimmerman, 1998). E é neste âmbito e com base nestas dimensões que o estigma associado à doença mental pode ver-se reduzido, com a ideia de que, numa

perspectiva colaborativa, podem ser construídos processos de mudança (Ornelas, 2002).

Para o mesmo autor, uma comunidade “*empowering*” proporciona aos seus habitantes oportunidades para exercerem controlo, desenvolverem e praticarem competências e também para participarem nas actividades comunitárias. Consideramos assim que, uma comunidade “*empowered*” é aquela que inicia esforços para aumentar a vida comunitária (inclusive das pessoas com doença mental), que cria as respostas à ameaça da qualidade de vida (estigma e discriminação) e a que promove a participação comunitária de todos os cidadãos e em especial dos que vivenciam doença mental.

A motivação das pessoas com diagnóstico de doença mental em recuperarem e fazerem parte da comunidade, traduzida em sentimentos de *empowerment* individual, também melhora as atitudes da própria sociedade para com elas. A mensagem pública de que são capazes de recuperar e obter um papel activo criará mais emprego e mais oportunidades de inserção profissional e social (Fisher, 2006).

A um nível mais particular, o mesmo autor refere que as funções laborais assumem uma importância crucial para os indivíduos com doença mental, uma vez que o exercício de uma actividade profissional ou outro papel social equivalente (familiar, académico) faz com que a pessoa adquira sentimentos de pertença à sociedade e desenvolva a identidade que se faz acompanhar deles.

A crença básica da integração comunitária, segundo Carling (1995) é a de que todas as pessoas, incluindo as que possuem algum tipo de diagnóstico, têm o direito à total pertença e participação na comunidade. O autor que se debruçou sobre as componentes de uma integração comunitária eficaz, refere que esta pode ser alcançada através do acesso ao emprego em contexto natural ao invés de se criarem locais segregados exclusivos para pessoas com diagnósticos psiquiátricos e deixando ao critério dos indivíduos a decisão e escolha quanto a aspectos de habitação, trabalho, redes sociais, serviços, objectivos e necessidades e inclusivamente através da transferência das tomadas de decisão acerca de políticas, programas, profissionais e recursos dirigidos a si.

O mesmo autor sugere algumas questões-chave essenciais, para além de outros aspectos, na integração comunitária das pessoas com doença mental, tais como o respeito pelas necessidades das pessoas, no sentido de encontrar uma voz e cultura colectivas,

o respeito pelas diferenças quanto ao estilo de vida individual bem como às preferências individuais e igualmente a promoção da disponibilidade de um conjunto de opções dadas a escolher às pessoas (sem imposições).

As diversas definições de *empowerment*, multi-dimensionais e que envolvem uma perspectiva de mudança (Ornelas, 2002) são, geralmente, consistentes, como um processo intencional em curso, centrado na comunidade local, envolvendo respeito mútuo, reflexão crítica, cuidados e participação grupal, numa partilha equitativa de valiosos recursos de obtenção de maior acesso e controlo sobre os mesmos (Cornell, 1987, cit por Perkins & Zimmerman 1995) ou, simplesmente, um processo para que cada pessoa ganhe controlo da sua vida, uma participação democrática na vida da sua comunidade e um entendimento crítico do seu ambiente (Rappaport, 1987, cit. por Perkins & Zimmerman, 1995).

Podemos assim afirmar, de acordo com Perkins e Zimmerman (1995), que o *empowerment* é um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder psicológico, sócio-cultural, político e económico, que permita essencialmente às pessoas com doença mental, nas suas comunidades, aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania. O caminho histórico que alimentou este conceito tem visado a libertação dos indivíduos relativamente a estruturas, conjunturas e práticas culturais e sociais que se revelam injustas, opressivas e discriminatórias, através de um processo de reflexão sobre a realidade da vida humana.

Para a maioria das pessoas com doença mental, há a necessidade de vencer a discriminação de forma a ganhar acesso a áreas de participação, nomeadamente ao nível da formulação de novas e mais consistentes políticas. Há a necessidade de manter a coragem e combater o isolamento e os conflitos com outros grupos em desvantagem na sociedade, de forma a haver confiança mútua e trabalho conjunto. Estes são, segundo Fisher (2006a), elementos do *empowerment* social/comunitário importantes também para o *empowerment* individual.

Chamberlin (2006) enumera um conjunto de qualidades que definem o *empowerment* a nível individual e comunitário e que, de alguma forma, vão ao encontro do que muitos autores já dissertaram.

Assim, ter *empowerment* é ter poder e influência na tomada de decisões pois, ninguém se pode tornar independente se não tiver a oportunidade de decidir acerca da sua vida e do que melhor deve ter para si. É ter acesso a informação e a recursos. É ter um conjunto de opções sobre as quais se possam fazer escolhas. É ter assertividade, esperança e sentir que, a nível individual a mudança pode ocorrer, de forma a acreditar na possibilidade de um futuro. É também aprender a pensar de forma crítica e a ver as coisas de modo diferente.

Ter *empowerment* é não se sentir sozinho mas membro de um grupo, reconhecendo a dimensão grupal, ou seja, que o *empowerment* não ocorre no indivíduo isoladamente, mas na sua relação com as outras pessoas. É compreender que se possui direitos. É efectuar a mudança individual e comunitária, ressaltando que o *empowerment* é mais do que um sentimento, é o precursor da acção. Quando uma pessoa produz mudanças actuais, aumenta os seus sentimentos de capacidade e controlo (Chamberlin, 2006).

Ainda com base nos pressupostos da mesma autora, ter *empowerment* é adquirir competências (de comunicação). É modificar as percepções dos outros através da competência e da capacidade para agir. É dar-se a conhecer. É melhorar a auto-imagem e combater o estigma, uma vez que, à medida que a pessoa vai ficando mais *empowered*, mais confiante e capaz se sente. Isto, por seu lado, conduz ao aumento da capacidade de gerir a sua própria vida, o que resulta num melhoramento da própria imagem pessoal.

O *empowerment* sugere assim a determinação pessoal na vida de uma pessoa, bem como a participação democrática na vida da comunidade, através das estruturas mediadoras da sociedade, que incluem a família, a escola, os contextos de vizinhança, as associações voluntárias, assim como os grupos de ajuda-mútua e as organizações (Rappaport, 1990).

A participação é, assim, uma das mais importantes formas de combater a fraca influência e a falta de poder das pessoas que vivenciam uma doença mental. É conseguida através do envolvimento activo das pessoas nos seus contextos naturais, através da contínua mobilização junto dos sectores e recursos comunitários, da sua presença física no meio e do seu discurso público. Estas estratégias, consistentes com os processos de parti-

cipação, modificam atitudes, criam consciência crítica e facilitam o estabelecimento de contactos e redes sociais essenciais. As pessoas devem assegurar esse envolvimento, através do “fazer”, do “juntar” e do “participar” (Fisher, 2006a).

Para Wandersman (1995) participar significa fazer parte de actividades, usualmente em associação com outras pessoas, em organizações, programas e contextos que os afectem. O objectivo da participação é essencialmente aumentar a responsabilidade das pessoas para com as suas necessidades e ganhar a aceitação da comunidade pelas mesmas. A estratégia do contacto, proposta por Corrigan (2004) consubstancia-se através da participação dos indivíduos nas comunidades, como forma de combater o estigma, gerando atitudes positivas pela doença mental, junto da comunidade.

A participação comunitária cria igualmente um sentimento psicológico de pertença na comunidade que, por sua vez, contribui para um melhor e mais harmonioso ambiente entre população e comunidade no geral (Chavis & Pretty, 1999).

Este sentimento, que diz respeito ao gosto que cada um possui de pertencer à sua comunidade, de partilhar os problemas e as resoluções dos mesmos (Chavis & Pretty, 1999), favorece o envolvimento das pessoas nas questões comunitárias, melhora a percepção do meio envolvente e promove o *empowerment* individual e comunitário. O grau de participação do cidadão na comunidade, parece estar directamente proporcional ao sentido da pertença a uma determinada comunidade, isto é, quanto maior for o sentimento de pertença, maior será a probabilidade do cidadão participar nas actividades comunitárias (Chavis & Pretty, 1999) e, assim, integrar-se efectivamente na comunidade (Carling, 1995).

Segundo Contumélias (2002) cresce o consenso em torno da necessidade de democratizar a democracia, o que implica uma maior e mais activa participação dos cidadãos nas questões que os afectam política e socialmente. Mas, para que tal seja possível, citando Fontcuberta (1999) é imprescindível a ajuda da Imprensa, porque a informação por ela produzida é uma condição básica para uma sociedade livre e acrescentamos nós, inclusiva.

Há um factor a que, nesta análise, se deve dar particular destaque e que se prende com a abordagem dos media à escala local e global. As diferenças residem no facto de que a imprensa local considera

universal qualquer facto capaz de interessar, em termos ideais, todos os que vivem no local, enquanto que para a nacional, essa universalidade buscará todos os que vivem no país (Contumélias, 2002). Para este autor, é essa relação exclusiva com o espaço, acrescida da capacidade de entender expectativas, aspirações, críticas (o sentir das populações) como matéria de interesse jornalístico que faz do jornal local um instrumento inclusivo e contextualizador. É por isso um meio de coesão (...) vitalizador da participação dos cidadãos nas decisões que afectam as suas vidas. Considera ainda que o excesso da oferta de opções dos media e a premência dos critérios comerciais levam à produção de conteúdos tidos como de interesse geral, mas que acabam por conduzir a um divórcio entre o que (a nível local) as pessoas necessitam ou querem saber” (p. 208).

A integração dos indivíduos em contextos naturais, segundo Ornelas (2003) é efectivada através da habitação na comunidade, da utilização de espaços públicos e do estabelecimento de contactos e relações sociais diversificadas e, sendo o impacto dos contextos na estruturação mental dos indivíduos tão profundo, justifica-se focalizarmo-nos na eficácia e eficiência da relação dos indivíduos com o mundo que os circunda.

A comunidade tem um importante papel na inclusão social das pessoas com doença mental (Corrigan & Kleinlein, 2005), porque, como referem Lloyd, Tse e Deane (2006) é nela que os indivíduos exercem uma actividade profissional, que habitam, que se educam, que participam em actividades sociais e de lazer, que acedem aos serviços comunitários e a outros recursos e, assim, efectivam a sua participação comunitária. Jorge-Monteiro (2006), a este propósito, refere a importância de uma abordagem mais alargada pela comunicação social aos contextos específicos, de forma a ser possível promover a aproximação do público à realidade das pessoas que convivem com uma doença mental e, desse modo, corrigir a visão distorcida que existe sobre a doença mental.

A comunidade com uma dimensão relacional, discutida por Heller (1989) refere-se às qualidades das interacções humanas e ligações sociais que une os indivíduos de uma mesma comunidade. Refere que o poder está na comunidade, em cada indivíduo que faz parte dela e é, por isso, fundamental que se reconheça a comunidade na sua natureza

multifacetada, através de modelos de base locais, como a aldeia e os contextos de vizinhança.

A intervenção comunitária com propósitos de mudança e, assim, desenvolvimento podem, segundo Moniz, “ser intencionalmente construídos à escala local, onde o relacionamento face-a-face é mais facilitado (...)” (p. 188). São, pois, as imagens positivas das pessoas com doença mental, adquiridas a nível local, na comunidade, no bairro, ou seja, nos sistemas naturais onde as mesmas se inserem (vizinhança, associações locais) e onde geram resultados positivos em diversas esferas da sua vida que, disseminadas pela comunicação de massas, poderão contribuir para a formação da opinião pública com base em concepções positivas sobre a doença mental e uma vez que a opinião é móvel, está em perpétua mutação, sujeita aos outros e sendo alvo de trocas permanentes (Breton, 1998).

Parece-nos, pois, que as pessoas podem demonstrar o seu potencial nos seus contextos de influência, na sua relação concreta com os serviços que os apoiam, nas comunidades onde habitam, estudam ou trabalham pelo que é importante que esta visão renovada da doença mental possa alcançar a relevância de interesse entre o que é dado a conhecer ao público. Desta forma, a abordagem dos media centrada nos testemunhos directos daqueles que têm uma doença mental, acreditamos, terá impactos positivos e inovadores nas oportunidades de inclusão das pessoas com doença mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arboleda-Flórez, J. (2003). Considerations on the Stigma of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (10), 645-650.
- Breton, P. (1998). *A Argumentação na Comunicação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.
- Carling, P. (1995). Community Integration: The Challenge to Traditional Mental Health Services. In *Return to Community. Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities* (pp. 21-48). New York: Guilford Press.
- Chamberlin, J. (2006). A Working Definition of Empowerment. National Empowerment Center. Consultado a 15 de Janeiro de 2007 através de: http://www.power2u.org/articles/recovery/new_vision.html
- Chavis, D., & Pretty, G. (1999). Sense of community: Advances in measurement and application. *American Journal of Community Psychology*, 27 (6), 635-642.
- Commonwealth of Australia (2005). Challenging Stigma. In *Response Ability* (pp. 1-5). Australia: Attorney General's Department - Australian Government.
- Contumélias, M. (1999). A fuga da «Aldeia Global». Contributos da comunicação para a produção identitária de nova comunidade local. O exemplo do Bairro de Telheiras. In J. Ornelas, & S. Maria (Eds.), *Actas da I Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* (pp. 91-108). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Contumélias, M. (2002). Imprensa local, aprendizagem e poder: A produção de cidadania como um contributo para a re-invenção [moral] da Democracia (O caso do Jornal de Telheiras). In J. Ornelas & S. Maria (Eds.), *Actas da III Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Participação, Empowerment e Liderança Comunitária* (pp. 207-223). Lisboa: ISPA.
- Corrigan, P. (2004). *Enhancing Personal Empowerment of People with Psychiatric Disabilities*. Illinois: University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Corrigan, P., & Cooper, A. (2005). Mental Illness and Dangerousness: Fact or Misperception, and Implications for Stigma. In P. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness. Practical Strategies for Research and Social Change* (pp. 165-180). Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P., Edwards, A., Lundin, R., Kubiak, M., & Penn, D. (2001). *Familiarity With and Social Distance From People Who Have Serious Mental Illness*. USA: Psychiatric Services, American Psychiatric Association.
- Corrigan, P., & Kleinlein, P. (2005). The Impact of Mental Illness Stigma. In P. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness. Practical Strategies for Research and Social Change* (pp. 11-44.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P., & Penn, D. (1999). Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychologist*, 54 (9), 765-776.
- Corrigan P., River L., Lundin R. et al. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *American Journal of Community Psychology*, 28, 91-103.
- Fisher, D. (2006). *A New Vision of Recovery: People can fully recover from mental illness. It is not a life-long process*. National Empowerment Center. Consultado a 7 de Janeiro de 2007 através de: http://www.power2u.org/articles/recovery/new_vision.html
- Fisher, D. (2006a). *The empowerment model of recovery: Finding our voice and having a say*. National Empowerment Center. Consultado a 7 de Janeiro de 2007 através de: http://www.power2u.org/articles/recovery/new_vision.html

- Hahn, A. (2002). *The Effect of Information and Prior Contact on Attitudes Towards Mental Illness*. Retirado em 6 de Janeiro de 2006, através de: <http://www.iusb.edu/journal/2002/hahn/hahn.html>
- Heller, K. (1989). The Return to Community. *American Journal of Community Psychology*, 17 (1), 1-13.
- Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination – everybody’s business. *The Medical Journal of Australia*, 178, 47-48.
- Jorge-Monteiro, F. (2006). Prevenção do Estigma Social da Doença Mental. *Saúde Mental e Reabilitação. Folhetos SNR*, 56, 16-23.
- Kurzban, R., & Leary, M. (2001). Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion. *Psychological Bulletin*, 127 (2), 187-208.
- Lima, L. P. (2002). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. Vala, & M. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (cap. VIII, 4.ª ed, pp. 188-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lloyd, C., Tse, S., & Deane, F. P. (2006). Community participation and social inclusion: How practitioners can make a difference. *Australian Journal for the Advancement of Mental Health*, 5 (3), 1-9.
- Macmin, L. (2001). Mental Health and the Press. *Mental Health Media*. Retirado em 31 de Janeiro de 2006, através de:
- Moniz, M. J. (2002). Uma sociedade civil forte, independente e interventiva. In J. Ornelas, & S. Maria (Eds.), *Actas da III Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Participação, Empowerment e Liderança Comunitária* (pp. 185-191). Lisboa: ISPA.
- OMS & AMP (2002). *Reducing Stigma and Discrimination against older people with mental disorders. A Technical Consensus Statement*. Geneva: World Health Organization.
- OMS (2006). Training for Public Health Education. Module IV. Consultado em 11 de Março de 2006, através de: http://www.euro.who.int/document/e82092_5.pdf
- Ornelas, J. (1999). A formação necessária para uma intervenção comunitária consistente. In J. Ornelas, & S. Maria (Eds.), *Actas da I Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental* (p. 1-13). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ornelas, J. (2002). Participação, Empowerment e Liderança Comunitária. In J. Ornelas, & S. Maria (Eds.), *Actas da III Conferência de Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Participação, Empowerment e Liderança Comunitária* (pp. 5-13). Lisboa: ISPA.
- Ornelas, J. (2003). Perspectiva Contextualista Paradigma Comunitário de Intervenção Individual. *Boletim Quadrimestral da Associação para o Estudo e Integração Psicossocial*, 4, 1-6.
- Penn, D., & Couture, S. (2002). Strategies for Reducing Stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatric Association*, 1 (1), 20-21.
- Perkins, D., & Zimmerman, M. (1995). Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 569-579.
- Pryor, J., Reeder, G., Yeadon, C., & Hesson-McInnis, M. (2004). A Dual-Process Model of Reactions to Perceived Stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87 (4), 426-452.
- Rappaport, J. (1990). Research methods and the empowerment social agenda. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertok, & L. Jason (Eds.), *Researching Community Psychology: Issues of theory and methods* (pp. 57-63). Washington, DC: American Psychological Association.
- Saperas, E. (1993). *Os Efeitos Cognitivos da Comunicação de Massas*. Porto: Edições Asa.
- Thompson, V., Noel, J., & Campbell, J. (2004). Stigmatization, Discrimination, and Mental Health: The Impact of Multiple Identity Status. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74 (4), 529-544.
- Wahl, O. (2003). *Public Images of Mental Illness Media Madness*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Wandersman, A., & Florin, P. (2000). Citizen participation and community organizations. In Julian Rappaport, & Edward Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 247-271). New York: Plenum Publishers.
- Wolf, M. (1995). *Teoria da Comunicação*. Lisboa: Editorial Presença.
- Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychological*, 23 (5), 581-599.
- Zimmerman, M. (1998). Empowerment and community participation: A review for the next millennium. In J. Ornelas (Ed.), *II Congresso Europeu de Psicologia Comunitária* (p. 17-39). Lisboa: ISPA.

RESUMO

As imagens sobre doenças mentais, apresentadas ao público, formam as suas atitudes e influenciam os seus comportamentos. Quando essas imagens não são correctas nem favoráveis contribuem significativamente para o estigma e para a discriminação, ajudando a criar barreiras para o *recovery* das pessoas com doença mental (Wahl, 2003). Sendo o estigma um sério impedimento ao bem-estar das pessoas com doença mental (Corrigan & Kleinlein, 2005) é fundamental ter um olhar mais atento ao que é exposto, pelos media, ao público, nesta matéria. É também crucial atender às considerações sociais dos agentes de comunicação, ao nível da sua prática profissional, quanto a estas questões. Este estudo pretendeu conhecer todos esses aspectos tendo por base um grupo de profissionais de comunicação social, ao mesmo tempo que pretende clarificar ideias sobre a doença mental e aprofundar estratégias de redução do estigma, sustentadas por dimensões teóricas e perspectivadas por vários autores.

Palavras-chave: Estigma da doença mental, imprensa, atitudes, profissionais de comunicação social, integração comunitária.

ABSTRACT

The images of psychiatric disorder that are presented to public audiences shape their attitudes and influence their behaviour. When those images are unfavourable and inaccurate, as they often are, they contribute to the stigma and discrimination that represent barriers to treatment and recovery (Wahl, 2003). Being stigma a real barrier to people with mental illness well-being (Corrigan & Kleinlein, 2005) it is necessary look more carefully in what is given people to know about mental

illness. It is also crucial to attend the media professional's social regards, at a practical level, concerning these issues.

This study it intended to know all these aspects under the perspective of a media professionals group of one portuguese written press. For moreover, this study it equally intended to clarify ideas about mental illness and pointing out strategies to reduce stigma, supported by theoretical dimensions from some authors.

Key words: Stigma of mental illness, press, attitudes, media professionals, community integration.