

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS SANTA MARIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GUILHERME SAUZEN ALVES

O ESTIGMA NO PROCESSO DE DOENÇA MENTAL

Santa Maria, RS
2022
Guilherme Sauzen Alves

O ESTIGMA NO PROCESSO DE DOENÇA MENTAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Psicologia, área de Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Psicólogo**.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Clarissa Tochetto de Oliveira

Santa Maria, RS
2022

Guilherme Sauzen Alves

O ESTIGMA NO PROCESSO DE DOENÇA MENTAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Psicologia, área de Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Psicólogo**.

Aprovado em 07 de fevereiro de 2022:

Prof^a. Dr^a. Clarissa Tochetto de Oliveira (UFSM)
(Orientador)

Prof^a. Dr^a. Luciane Benvegna Piccoloto (FISMA)

Prof^a. Dr^a Angélica Dotto Londero (UFSM)

AGRADECIMENTOS

Sou grato pelo apoio da minha família.

Meu pai, pela sua postura avant-garde que sempre me incentiva a ser eu mesmo.

À minha mãe, que sempre esteve lá cuidando para que nada me faltasse.

À minha namorada, que me ensinou a ver quem eu poderia ser.

E ao meu cachorro, pelo seu apoio emocional infinito.

RESUMO**O ESTIGMA NO PROCESSO DE DOENÇA MENTAL**

AUTOR: Guilherme Sauzen Alves
ORIENTADOR: Clarissa Tochetto de Oliveira

O objetivo deste estudo foi investigar a literatura sobre estigma e o impacto desse na saúde mental. Foi realizada uma revisão não-sistemática de literatura utilizando os descritores: (psicofobia) OR (estigma) AND (tratamento) OR (tratamento psicológico). Foram selecionados artigos sobre estigma e saúde mental, em língua portuguesa e inglesa, sem limitação de período de publicação. As informações foram divididas em quatro seções: estigma intrapessoal, estigma interpessoal, estigma profissional e estigma estrutural. Os resultados mostram que estereótipos, preconceitos e discriminações acontecem em todos esses níveis de análise, e estão frequentemente associados a piores prognósticos. Foi proposto um modelo teórico para a compreensão da relação entre literacia em saúde mental, estigma e suas consequências negativas. Conclui-se que os resultados encontrados podem contribuir para fortalecer as evidências do impacto do estigma na saúde mental e auxiliar futuras pesquisas acerca dos mecanismos da manutenção e propagação do estigma em saúde mental.

Palavras-chave: Estigma. Saúde mental. Tratamento psicológico.

ABSTRACT

STIGMA IN THE PROCESS OF MENTAL ILLNESS

AUTHOR: Guilherme Sauzen Alves
ADVISOR: Clarissa Tochetto de Oliveira

The aim of this study was to investigate the literature on stigma and its impact on mental health. A non-systematic literature review was performed using the descriptors: (psychophobia) OR (stigma) AND (treatment) OR (psychological treatment). Articles on stigma and mental health were selected, in Portuguese and English, without limitation of publication period. The information was divided into four sections: intrapersonal stigma, interpersonal stigma, professional stigma and structural stigma. Results show that stereotypes, prejudices and discrimination occur at all levels of analysis, and are often associated with worse prognoses. A theoretical model was proposed to understand the relationship between mental health literacy, stigma, and its negative consequences. In conclusion, these results may contribute to strengthening evidence of the impact of stigma on mental health, and help future research on the mechanisms of maintenance and propagation of stigma in mental health.

Keywords: Stigma. Mental health. Psychological treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diferentes níveis de análise do estigma em saúde mental.	15
Figura 2. Modelo teórico proposto.	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Síntese dos artigos analisados.

17

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Método	17
3. Resultados e discussão	21
4. Considerações finais	30
5. Referências	31

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde, de acordo com Prince et al. (2007), afirma claramente que “não pode haver saúde sem saúde mental”, e a define como “um estado de bem-estar em que cada indivíduo realiza seu próprio potencial, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar uma contribuição para sua comunidade”. Contudo, pelo menos 1 a cada 3 pessoas, ao longo de suas vidas, desenvolverão uma doença mental (Javed et al., 2021); e, assim, terão em média 15.9 anos a menos de expectativa de vida se forem homens e 12 anos a menos de expectativa de vida se forem mulheres (Lawrence, 2013).

Em países de renda média, como o Brasil, é previsto que, até 2030, o transtorno depressivo maior seja o segundo maior agente de carga de doenças (Rathod et al., 2017). Além disso, dados globais estimam que as doenças mentais serão responsáveis por 32,42% dos anos vividos com invalidez e 13,03% dos anos de vida ajustados à invalidez (Vigo et al., 2016). A relação entre doença mental e esse prejuízo de vida é complexa e maior do que se acreditava até pouco tempo, já que alguns fatores influenciavam a subestimativa dos dados, como: a sobreposição entre transtornos psiquiátricos e neurológicos; a consideração inadequada da contribuição de doenças mentais graves para a taxa de mortalidade de causas associadas; a exclusão de transtornos de personalidade dos cálculos de carga de doença, entre outros (Vigo et al., 2016).

Os portadores de doenças mentais frequentemente se encontram com estilos de vida pouco saudáveis com, por exemplo, menos exercícios físicos, dietas pouco balanceadas, maior uso de álcool, cigarro e outras drogas ilegais (Lawrence, 2013). Tais comportamentos aumentam o risco de doenças comunicáveis (doenças infecciosas e transmissíveis) e não-comunicáveis (doenças crônicas), mesmo das maiores causadoras de mortes e mortes

prematuras, como doença cardíaca isquêmica, doença vascular cerebral, câncer de pulmão, entre outras (Prince et al., 2007; Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde, 2013). Além disso, uma vez que essas condições estejam presentes em comorbidades com doenças mentais, costumam atrapalhar o diagnóstico adequado da doença mental, subestimando as estimativas de diagnóstico e o impacto real da condição mental na saúde, bem como dificultando a busca por ajuda, o tratamento adequado e o prognóstico corretos (Vigo et al., 2016).

Dado o prejuízo coletivo acarretado pelas doenças mentais, é importante proporcionar atenção e tratamentos adequados para esses problemas de saúde pública, a fim de evitá-los ou diminuir seus impactos. Contudo, paradoxalmente, mesmo aqueles responsáveis por essas soluções podem estar, na verdade, mantendo o problema: no estigma (Javed et al., 2021).

É importante saber o que pessoas com doenças mentais antecipam, percebem, e o modo como reagem ao sistema que cuida delas. As instituições, suas leis e profissionais podem comprometer a implementação e o desenvolvimento adequado do cuidado em saúde mental que os indivíduos têm direito (Handerson et al., 2015; WHO, 2005; Thornicroft et al., 2016). Sendo o estigma definido como “uma marca de vergonha, desgraça ou desaprovação”, o desconforto provocado por ele pode interferir diretamente na busca por ajuda profissional adequada (Javed et al., 2021; Schulze, 2007).

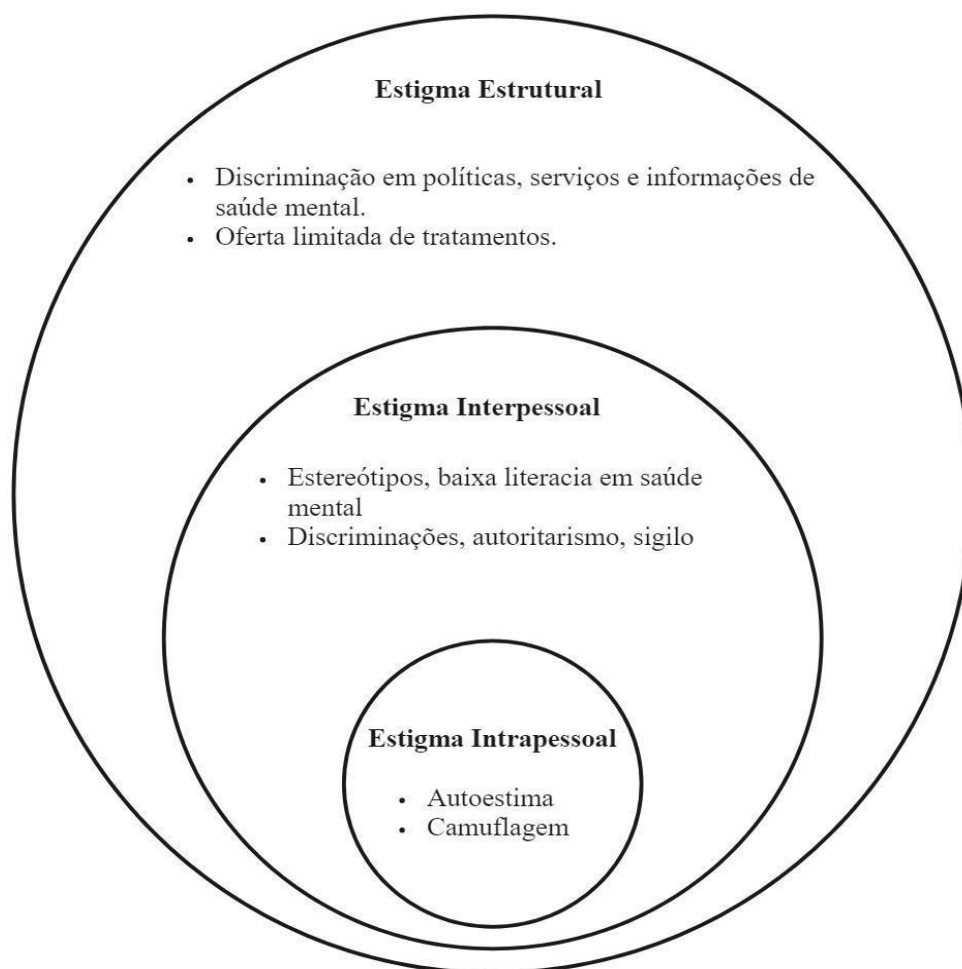
A estigmatização pode ocorrer em três níveis de análises diferentes, como representado na Figura 1. Primeiro, é considerada a experiência pessoal e as respostas a estereótipos, chamada de estigma intrapessoal, estigma público internalizado, ou mesmo de autoestigma (Javed et al., 2021; Kaushik et al., 2016; Knaak et al., 2017). É o que acontece quando alguém possui aspectos emocionais ou cognitivos negativos sobre si mesmo e sua condição, como pelo diminuído senso de empoderamento, culpa ou vergonha. Por exemplo,

indivíduos em um episódio depressivo maior podem ter compreensões distorcidas de suas condições, como ao pensar que sua anedonia é um sinal de mau caráter ou falha pessoal. Esse estereótipo, por sua vez, sustenta aspectos cognitivos e emocionais negativos, como pensamentos de que “eu sou inútil” ou emoções de tristeza ou vergonha. Frente a isso, os comportamentos adotados caracterizam o autoestigma, como isolamento ou estratégias de regulação emocional inflexíveis, como, nesse caso, poderia ser a automutilação.

O segundo nível de análise onde a estigmatização ocorre é na interação entre indivíduos estigmatizados e não-estigmatizados, sendo chamada de estigma interpessoal ou estigma público, que ocorre pela alienação, distanciamento ou julgamento (Javed et al., 2021; Kaushik et al., 2016; Knaak et al., 2017). Por um lado, há a compreensão e as respostas de um indivíduo à sua própria condição (autoestigma), por outro, interações com outras pessoas podem ou não reforçar sua estigmatização. Por exemplo, é possível que um indivíduo inicie um tratamento após a fase pródroma porque sua família receava ser “mal vista” ao apresentar à sua comunidade o familiar doente, ou mesmo que a família se distancie, isole, ou tenha respostas que piorem a sua condição (Bravo-Mehmedbašić & Kučukalić, 2017; Paranhos-Passos & Aires, 2013).

E, terceiro, o estigma pode ocorrer estruturalmente: como pelo déficit ou má qualidade de serviços ou políticas de saúde, ou pela divulgação inadequada de informações relativas às doenças mentais (Javed et al., 2021; Kaushik et al., 2016; Knaak et al., 2017). A divulgação de informações inadequadas sobre doenças mentais pode manter uma baixa literacia em saúde mental e estereótipos, o que possivelmente reforça discriminações contra pessoas com essas condições. Através da mídia, por exemplo, são propagadas acusações de que o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é uma invenção criada com o intuito de abusar de vantagens públicas (Hinshaw, 2018; Mackert et al., 2019).

Figura 1. Diferentes níveis de análise do estigma em saúde mental.



Além disso, dentro desses três níveis de análise, o estigma contra pessoas com doenças mentais pode ser dividido em estereótipos (crenças negativas sobre si mesmo ou um grupo), preconceitos (concordância com a crença e/ou reação emocional negativa) e discriminações (a resposta comportamental de acordo com o preconceito) (Bravo-Mehmedbašić & Kučukalić, 2016; Javed et al., 2021; Thornicroft et al., 2016). Por exemplo, o estereótipo de que indivíduos com sobrepeso são preguiçosos, desmotivados e sem autodisciplina pode levar uma pessoa a sentir culpa e vergonha (assumindo, então, um preconceito), o que pode reforçar um comportamento como a compulsão alimentar, e ser um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (Puhl & Suh, 2015). Ou, em

outro exemplo, onde ter passado por uma experiência de discriminação (contra indivíduos com transtorno de humor deprimido, transtorno de humor bipolar e transtornos do espectro da esquizofrenia) está relacionada a mais tentativas de suicídio (Thornicroft et al., 2016).

Entre os fatores de risco para o surgimento e manutenção de estereótipos como esses, encontra-se o conceito literacia em saúde mental, que compõe conhecimentos e competências adequadas sobre como se manter uma boa saúde mental, o que são doenças mentais e como e onde tratá-las (Kutcher & Wey, 2016; Mackert et al., 2019; Wei et al., 2015). Acredita-se que uma boa literacia em saúde mental possa facilitar a procura por ajuda apropriada, tanto para si mesmo como para pessoas próximas (com isso inclusive diminuindo as taxas de autoestigma). Contudo, a realidade é que, quando se examina essa capacidade, jovens adultos tendem a acertar o diagnóstico de vinhetas clínicas sobre quadros depressivos e psicóticos cerca de 50% e 25% das vezes, respectivamente (Evans-Lacko et al., 2012; Kelly et al., 2007).

Doenças mentais têm impactos muito além da debilitação da própria doença. A alienação e o estigma prejudicam diversas esferas da vida, como o casamento, a educação, a parentalidade, entre tantos outros (Javed et al., 2021). No Brasil, o termo Psicofobia é usado para caracterizar atitudes preconceituosas ou discriminatórias contra pessoas com alguma forma de doença mental (Buchli, 2019), de modo semelhante ao que existe pelos termos racismo ou homofobia. Contudo, só recentemente o impacto do estigma intrapessoal começou a ser estudado (Wei et al., 2015).

Conhecer de que modo e quem o estigma impacta, dentro da saúde mental, pode ser importante para que o mesmo seja melhor manejado. Assim, o objetivo deste trabalho é investigar as evidências sobre os modos como o estigma relacionado às doenças mentais interfere na identificação e no tratamento adequado das mesmas, tanto por parte do indivíduo

estigmatizado quanto por seus pares ou familiares, sociedade geral e profissionais de saúde. Além disso, espera-se que este estudo facilite a proposta de possíveis modelos teóricos da influência do estigma na doença mental.

2. Método

Foi conduzida uma revisão não-sistemática da literatura. Este tipo de estudo procura abordar uma questão de pesquisa de forma aprofundada e informativa, mas não sistemática (Huelin et al., 2015). Com esse método, espera-se entender melhor o estado atual do campo de estigma e saúde mental. A busca de artigos foi conduzida na base de dados PubMed a partir dos termos: (psicofobia) OR (estigma) AND (tratamento) OR (tratamento psicológico). A busca também se estendeu a artigos relacionados ou conhecidos, através do Google Acadêmico. Foram selecionados artigos sobre estigma e saúde mental, em língua portuguesa e inglesa, sem limitação de período de publicação, apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Síntese dos artigos analisados.

Autores e data	Método	Objetivos	Amostra
Bharadwaj et al., 2017	Pesquisa quantitativa	Avaliar o impacto do estigma na auto-revelação de diagnósticos de doença mental.	Mais de 250 mil adultos com mais de 45 anos, residindo em <i>South Wales</i> , Austrália.
Bravo-Mehmed bašić & Kučukalić, 2017	Revisão de literatura	Avaliar como pessoas com doenças mentais entendem o estigma sobre suas condições.	Não informado
Evans-Lacko, 2012	Pesquisa quantitativa	Avaliar a interação entre conhecimento, atitudes e comportamentos públicos com a internalização do estigma em pessoas com doenças mentais.	Utiliza dois outros estudos: a pesquisa <i>Eurobarometer</i> (de 14 países europeus) e 1845 relatos individuais de residentes desses países.

Fadipe et al., 2020	Pesquisa qualitativa	Investigar a prevalência da decisão de não tomar medicação prescrita em uma população com esquizofrenia, e a relação do estigma com essa decisão.	370 adultos com esquizofrenia
Hatzenbuehler, 2016	Revisão de literatura	(1) definir o estigma estrutural e discutir várias abordagens de medição que têm sido empregadas para estudá-lo; (2) avaliação de evidências sobre as consequências importantes do estigma estrutural para processos de estigma em nível individual (por exemplo, ocultação, sensibilidade à rejeição), para intervenções psicológicas e para desigualdades em saúde; (3) descrever como o campo tem enfrentado o desafio de estabelecer inferências causais sobre associações entre estigma estrutural e saúde; e (4) delineando direções futuras para avançar nessa literatura emergente.	Não informado
Hinshaw, 2018	Revisão de literatura	Destacar fatores causais, mecanismos subjacentes, manifestações de desenvolvimento e manifestações femininas do TDAH, integrando os fundamentos psicobiológicos dessa síndrome com fatores contextuais relacionados à sua apresentação clínica, deficiências e aumentos crescentes na prevalência diagnosticada.	Não informado
Javed et al., 2021	Revisão de literatura	Explora vários aspectos do estigma em relação à saúde mental com foco em países de baixa e média renda e avalia medidas para aumentar a procura por ajuda, acesso e a aceitação de serviços de saúde mental.	Não informado
Johnco & Rapee, 2018	Pesquisa qualitativa	(1) Validar uma medida acerca das reações atitudes e compreensão, por pais, dos sintomas depressivos do adolescente (PRAUD) e (2) examinar o impacto dos sintomas depressivos do adolescente e dos pais, conhecimento dos pais sobre a depressão do adolescente (literacia em depressão) e estigma sobre depressão, pelos pais, na respostas desses à depressão adolescente.	Pais (N=440) de adolescentes de 13 a 17 anos preencheram um questionário online anônimo.
Kaushik et al., 2016	Revisão sistemática de literatura	Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, avaliando o estigma público e o auto-estigma (ou seja, o estigma público internalizado) especificamente em crianças e adolescentes com dificuldades de saúde mental (YP-MHD).	Quarenta e dois estudos foram avaliados.
Kellner et al., 2019	Revisão de literatura	Familiarizar o leitor com o papel da eletroconvulsoterapia (ECT) na medicina psiquiátrica atual.	Não informado

Mackert et al., 2019	Pesquisa qualitativa	Este estudo explora se as habilidades pessoais de literacia em saúde estão associadas ao estigma imposto a outras pessoas que têm uma menor literacia em saúde.	Adultos (N = 5.151), que responderam a uma pesquisa que consistia em avaliações de literacia em saúde e uma vinheta na qual um paciente cometeu um erro relacionado à saúde.
McCarty et al., 2017	Pesquisa qualitativa	O objetivo do presente estudo foi identificar como as taxas de estigma e reconhecimento diferem em quatro dimensões distintas de sintomas do TOC: contaminação, simetria, dano e conteúdo tabu.	Em uma pesquisa online, 738 adultos dos Estados Unidos foram aleatoriamente designados para uma de cinco vinhetas que descrevem um indivíduo com sintomas obsessivo-compulsivos, seguidos por questionários avaliando suas reações.
Mitter et al., 2019	Revisão sistemática de literatura	Avaliar os achados de estudos que examinaram as experiências de estigma em famílias de indivíduos com deficiência intelectual e/ou autismo.	Dez artigos comentando sobre oito estudos.
Nyblade et al., 2019	Revisão sistemática de literatura	Este artigo de correspondência procura avaliar como os desenvolvimentos nos últimos 5 anos contribuíram para o estado do conhecimento programático - abordagens e métodos - sobre intervenções para reduzir o estigma em unidades de saúde e explora o potencial de abordar simultaneamente vários estigmas de condições de saúde.	Quarenta e dois estudos foram avaliados.
Paranhos-Passos & Aires, 2013	Pesquisa exploratória qualitativa	Analisar a visão de usuários de um serviço de saúde mental acerca da reinserção social de portadores de sofrimento psíquico.	Vinte usuários de um CAPS, que responderam a uma entrevista semiestruturada.
Perry et al., 2021	Pesquisa qualitativa	O presente estudo baseia-se na Teoria da Identidade Social para examinar a relação entre a camuflagem e o estigma relacionado ao autismo, testando a hipótese de que a camuflagem representa uma estratégia individualista em resposta ao estigma.	Duzentos e vinte e três adultos autistas completaram uma pesquisa online medindo o estigma relacionado ao autismo, estratégias individualistas e coletivas, camuflagem e bem-estar mental.
Puhl & Suh, 2015	Revisão sistemática de literatura	O objetivo desta revisão é revisar sistematicamente estudos nos últimos 3 anos avaliando o estigma no contexto da obesidade e transtornos alimentares (incluindo transtorno da compulsão alimentar periódica, bulimia nervosa e anorexia nervosa).	Não informado

Stangl et al., 2019	Revisão de literatura	Propomos a Estrutura de Estigma e Discriminação da Saúde, que é uma estrutura global e transversal baseada em teoria, pesquisa e prática, e demonstramos sua aplicação a uma série de condições de saúde, incluindo hanseníase, epilepsia, saúde mental, câncer, HIV e obesidade /excesso de peso.	Não informado
Stopa et al., 2015	Pesquisa qualitativa	Descrever a prevalência do autorrelato de diagnóstico médico prévio de depressão na população adulta brasileira (18 anos ou mais) segundo fatores sociodemográficos.	Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, inquérito de base populacional
Surya et al., 2015	Pesquisa qualitativa	Uma pesquisa foi realizada para estudar a prática atual de ECT nas prisões dos EUA. Hipótese de que a ECT é subutilizada no ambiente correcional.	Uma pesquisa de 12 perguntas por meio de um link do Survey Monkey foi enviada por e-mail aos chefes de psiquiatria, ou equivalente, do departamento de correções de cada estado.
Suwalska et al., 2017	Revisão de literatura	O artigo apresenta uma revisão da literatura sobre a estigmatização de pacientes com depressão por estudantes de medicina e uma revisão das intervenções propostas até o momento, bem como uma discussão sobre sua eficácia.	Não informado
Thornicroft et al., 2016	Revisão narrativa	é resumido o que é conhecido globalmente a partir de revisões sistemáticas publicadas e dados primários sobre intervenções efetivas destinadas a reduzir o estigma ou a discriminação relacionados à doença mental.	Não informado

Os artigos recuperados foram organizados em três níveis de análise da estigmatização: intrapessoal, interpessoal e estrutural. Acredita-se que essa diferenciação ajude a entender a manifestação do estigma dentro de suas diferentes esferas de ação, ainda que numa mesma situação. Separou-se, ainda, uma categoria extra dentro do nível interpessoal, que se considera importante para o escopo atual desse estudo: a influência de profissionais de saúde na manutenção do estigma de doenças mentais.

3. Resultados e discussão

O estigma afeta de diversos modos a doença mental: escondendo, isolando e aumentando o risco a ela. Estereótipos negativos e atitudes discriminatórias frente às doenças mentais existem por toda a sociedade, desde pelo próprio doente ao profissional responsável por cuidar dele, e aumentam o risco de um cuidado inadequado à saúde. Os materiais utilizados para revisar esse tema serão apresentados em três seções: estigma intrapessoal, estigma interpessoal e estigma estrutural, revendo os impactos de cada um desses níveis no cuidado mental.

ESTIGMA INTRAPESSOAL

O estigma intrapessoal, também conhecido como estigma social internalizado ou estigma individual, envolve os processos psicológicos individuais de resposta a estereótipos, preconceitos e discriminações (Hatzenbuehler, 2016; Javed et al., 2021; Kaushik et al., 2016), como o autoestigma, presente na internalização dos estereótipos, ou a camuflagem, na tentativa de esconder a própria condição de saúde (Hatzenbuehler, 2016; Perry et al., 2021). Uma pessoa com um estigma negativo costuma ter percepções de si mesma influenciadas pelas atitudes que outros indivíduos demonstram a ela (Bravo-Mehmedbašić & Kučukalić, 2017). Por exemplo, se uma pessoa com transtorno de humor depressivo, em um episódio depressivo, ouve que “depressão é frescura” ou “falta de caráter”, e internaliza essas crenças preconceituosas como verdadeiras, ela provavelmente sentirá vergonha, terá um menor respeito próprio, diminuirá sua comunicação social (até mesmo se distanciando de outras

peessoas), terá uma qualidade de vida menor e terá uma maior sensação de desempoderamento (Bravo-Mehmedbašić & Kučukalić, 2017; Javed et al., 2021).

Em outro exemplo, o autoestigma relacionado ao próprio peso, seja a partir da percepção de desvalorização pela sociedade (o mal trato a pessoas obesas ou com sobrepeso), ou pela culpa exagerada de si mesmo pelo seu peso (“isso é uma falha só minha”), está fortemente correlacionado com transtornos alimentares, depressão, compulsões alimentares e imagem corporal negativa (Puhl & Suh, 2015). Mulheres com sobrepeso que são expostas a estímulos estigmatizantes tendem a ter menor controle percebido de suas capacidades de regular suas alimentações, e ingerem mais calorias do que aquelas que não são expostas a esses estímulos (Puhl & Suh, 2015).

Indivíduos com autismo que apresentam maior estigma internalizado parecem utilizar mais comportamentos de camuflagem, como encobrir seus diagnósticos de seus pares (Perry et al., 2021). Contudo, a adoção dessa estratégia possui efeitos colaterais, como o sentimento de vergonha ao pensarem que estão traindo a sua comunidade, o que, por vez, pode reforçar o estigma existente (Perry et al., 2021).

O estigma intrapessoal, quando presente em comportamentos disfuncionais decorrentes de doenças mentais (como automutilação, compulsão alimentar ou a repetição de rituais), pode fazer com que tais ações sejam entendidas, pelos indivíduos que as cometem, como comprovadoras de uma “falta de caráter” ou “fraqueza pessoal”, o que diminui a chance dessa pessoa ter uma mudança saudável de comportamento (Bharadwaj et al., 2017; Puhl & Suh, 2015). Assim, o autoestigma pode levar muitas pessoas a esconderem os seus comportamentos “inadequados”, como alguém que escolhe fumar ou ter um episódio de compulsão alimentar em segredo. Para lidar com as emoções negativas associadas a estigmas, é comum que não só os comportamentos disfuncionais ou que causam sofrimento sejam

escondidos, mas que outros sejam iniciados para lidar com elas, como, no caso de jovens com sobrepeso, evitar atividades escolares onde sofram com esse estigma, ou aumentar seu consumo de comida (Puhl & Suh, 2015).

Comportamentos atípicos ou disfuncionais também costumam ser escondidos no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), e a taxa para tal varia de acordo com o subtipo de obsessão (McCarty et al., 2017). Vinhetas clínicas apresentando o subtipo relacionado a pensamentos ou ações proibidas (tabus), vistas por uma amostra adulta (de 18 a 79 anos) da população geral, tendem a gerar um maior desejo de distanciamento e uma percepção de perigo maior do que outros subtipos (como simetria ou contaminação), o que pode estar relacionado a maior vergonha referida por quem possui esse diagnóstico (McCarty et al., 2017).

Esse sigilo também impacta no tratamento (Kaushik et al., 2016). O medo da estigmatização pode fazer com que pessoas com doenças mentais atrasem a busca por atendimento ou mesmo abandonem um tratamento, como ao decidir interromper um tratamento medicamentoso sem os devidos cuidados (Bharadwaj et al., 2017; Fadipe et al., 2020; Kaushik et al., 2016; Thornicroft et al., 2016). Ainda que a identificação de condições de saúde mental seja feita por pesquisas escritas (como a escala de sofrimento psicológico de Kessler) é comum que as doenças mentais sejam subestimadas e subnotificadas, em uma frequência muito maior do que acontece com outras condições de saúde, como diabetes ou hipertensão. Com isso, as doenças mentais frequentemente não são identificadas em suas fases iniciais ou pródromas, influenciando negativamente o prognóstico (Bharadwaj et al., 2017; Bravo-Mehmedbašić & Kučukalić, 2017).

Contudo, não só pessoas que possuem um diagnóstico de doença mental sofrem com o estigma relacionado a elas. No caso de diagnósticos de deficiência intelectual ou dentro do

espectro do autismo, seus cuidadores também podem se isolar socialmente ou esconder a condição do familiar enfermo (Mitter et al., 2019). Esse sigilo geralmente ocorre por medo de que comportamentos disfuncionais, como birras, ocorram socialmente e da vergonha e sensação de desempoderamento que essas ações podem provocar a esses cuidadores (Mitter et al., 2019).

ESTIGMA INTERPESSOAL

O estigma interpessoal, também conhecido como estigma social, envolve as interações que ocorrem entre indivíduos estigmatizados e não-estigmatizados (Hatzenbuehler, 2016). Pode ocorrer por pares, profissionais da área da saúde e, frequentemente, pela própria família (Paranhos-Passos & Aires, 2013; Puhl & Suh, 2015). É possível que esse nível de estigma esteja relacionado a um baixo nível de literacia sobre saúde mental, isto é, pouco conhecimento acerca das causas, sintomas, tratamentos, e baixo contato com pessoas que sofrem de doenças mentais (Javed et al., 2021; Johnco & Rapee, 2018). Por exemplo, pessoas que conseguem diagnosticar corretamente vinhetas clínicas sobre TOC demonstram menores níveis de estigma do que aqueles que não conseguem (McCarty et al., 2017).

O estigma interpessoal está presente em diversos estereótipos como, no caso da depressão (pela perspectiva de alguém sem essa condição), de que ela é causada por fraqueza pessoal e é controlável por vontade própria; de que é decorrente de uma inabilidade de lidar com o estresse do dia-a-dia, e de que as pessoas com depressão são imprevisíveis e perigosas (Johnco & Rapee, 2018; Suwalska et al., 2017). Infelizmente, pessoas que apresentam alta preocupação com o estigma social tendem a considerar tratamentos como menos eficazes e recorrem menos a eles, mesmo quando precisam (Suwalska et al., 2017).

É comum que familiares de pessoas com doenças mentais tentem criar distância de seu membro enfermo, comumente por vergonha da condição ou por medo deles próprios sofrerem discriminação (Bravo-Mehmedbašić & Kučukalić, 2017; Paranhos-Passos & Aires, 2013). Esse afastamento e exclusão da família, muitas vezes, leva a um início de tratamento tardio (Bravo-Mehmedbašić & Kučukalić, 2017) ou à piora da condição (Johnco & Rapee, 2018). Por exemplo, maior estigma relacionado à depressão, vindo de pais de adolescentes com este transtorno, está relacionado a menos respostas parentais de suporte, maior criticismo e estresse, que podem piorar diversos fatores de risco para a depressão, como menor autonomia e autoeficácia (Johnco & Rapee, 2018).

ESTIGMA PROFISSIONAL

Dentro do estigma mantido por outras pessoas, um grupo de grande importância são os profissionais da saúde. Este é um caso complexo e até mesmo contraditório, pois ainda que tenham uma formação para lidar de forma competente com a saúde mental, eles podem ser, também, agentes de estigmatização (Javed et al., 2021). É o que se nota através de comportamentos como demonstrar desinteresse, rotulação, pessimismo em relação ao tratamento, ou quando o cliente queixa-se de ter pouco controle sobre o seu próprio tratamento, por exemplo, ao não receber informações satisfatórias sobre a sua própria medicação (Javed et al., 2021; Nyblade et al., 2019; Schulze, 2007). Em última instância, o estigma decorrente de profissionais da saúde e o estigma estrutural podem corresponder a quase um quarto (23%) de todo o estigma que pacientes com esquizofrenia e seus familiares reportam (Schulze, 2007).

O impacto negativo e o pessimismo profissional está presente, por exemplo, quando se espera (e muitas vezes se transmite ao paciente ou à sua família) que o tratamento ou o prognóstico seja muito difícil, sem que seja denotada esperança no mesmo; quando o profissional é autoritário acerca das tomadas de decisões do tratamento, e quando o profissional reclama acerca da lenta melhora e do estado de saúde deficitário de pacientes com doenças mentais crônicas (Stangl et al., 2019). Em casos mais graves, existem relatos sobre a renúncia a oferecer tratamento ou oferecimento de tratamentos inadequados, abusos verbais, físicos ou mais sutis, como fazer pacientes esperarem desnecessariamente (Nyblade, 2019). Se, por um lado, a vontade de se isolar e esconder sua própria condição atrapalha o paciente a buscar e a manter a ajuda adequada, por outro, experiências repetidas de discriminação em instituições (seja interpessoal, por maus-tratos profissionais, ou estrutural, como pela limitada oferta de tratamentos) funcionam como uma barreira para a prevenção, tratamento e manutenção da maior qualidade de vida que eles precisam (Nyblade, 2019).

O impacto do estigma também afeta os próprios profissionais da saúde. Muitos deles sofrem de doenças mentais e podem, como muitos de seus pacientes, esconder suas condições de seus colegas ou estar relutantes a entrar nesse sistema de cuidado (Nyblade, 2019). A prevalência de depressão em estudantes de medicina é maior do que a da população geral, por exemplo (30% em estudantes contra 7,6% da população geral, no Brasil), e, ainda assim, eles procuram muito menos tratamentos adequados do que o segundo grupo (Stopa et al., 2015; Suwalska et al., 2017). Entre os estudantes com sintomas depressivos que temiam relatar suas doenças, a maioria (60%) relatava se sentir estigmatizado por colegas e professores. Entre os medos mais frequentes, pode-se citar que 40% relataram a falta de confidencialidade; 24% de que ficaria em seus registros de faculdade, o que poderia impactar sua educação e mesmo diminuir suas chances de conseguir uma residência (Suwalska et al., 2017).

ESTIGMA ESTRUTURAL

O estigma estrutural envolve normas culturais, políticas institucionais e condições sociais que limitam as oportunidades, recursos e bem-estar do estigmatizado (Hatzenbuehler, 2016; Stangl et al., 2019). Por exemplo, sabe-se que o impacto econômico de doenças mentais é tão alto quanto o de doenças somáticas e, ainda assim, as primeiras recebem muito menos investimento público do que as últimas (Trautmann et al., 2016). É especulado que a justificativa para tanto ocorra dentro de estereótipos negativos acerca de doenças mentais, como a crença de que pessoas com transtornos aditivos são ao menos parcialmente responsáveis pela própria condição, ou de que suas condições são invenções e não existem de fato, não podendo ser tratadas (Trautmann et al., 2016).

O estigma estrutural é semelhante às conceitualizações de racismo institucionalizado, e pode ocorrer tanto intencionalmente, pela restrição de oportunidades, como sendo uma consequência irrefletida (Hatzenbuehler, 2016). Talvez um dos exemplos recentes de estigma estrutural com mais atenção pública seja a da união homoafetiva (que, no Brasil, possui uma resolução de 2013, mas nenhuma lei). O estigma estrutural também impacta o autoestigma, visto que esse último tende a ser menor em países com menos estigma estrutural, onde se identifica, por exemplo, uma maior fala sobre doenças mentais, maior utilização de medicação antidepressiva ou que tenha melhor acesso e qualidade de informação sobre saúde mental (Evans-Lacko, 2012).

A mídia também aparece como responsável pela divulgação e manutenção de estereótipos relacionados às doenças mentais, visto que as informações compartilhadas pelas redes sociais podem influenciar a qualidade da literacia em saúde mental de um indivíduo

(Mackert et al., 2019). Por exemplo, é comum que o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) seja estigmatizado e ridicularizado, geralmente sustentado em um discurso com baixo nível de instrução em saúde mental, onde são enfatizadas informações errôneas, como sua natureza exclusivamente sociocultural; sua utilização como um modo de abusar de vantagens públicas e sua relação com parentalidade inadequada (Hinshaw, 2018). Por outro lado, é possível observar avanços estruturais em direção a maior integração, nas escolas, de crianças com dificuldades de aprendizagem e TDAH, como é o caso de um recente projeto de lei que pretende garantir a identificação e o acompanhamento adequado dessas condições (Kestelman, 2021).

Além disso, fatores culturais podem prover indivíduos estigmatizados e suas famílias de estratégias para lidar com a estigmatização, como a reza. Por um lado, ela está associada a maior sensação de empoderamento e autoeficácia de cuidadores (que procuram na religião um alívio e justificativa de suas preocupações) e, por outro, esses benefícios podem auxiliar o cuidador a manter o membro enfermo escondido da comunidade e família próxima (Mitter et al., 2019).

O estigma estrutural também pode ser responsável por uma limitação da oferta de recursos terapêuticos necessários em serviços públicos, como em prisões (Surya et al., 2015). A eletroconvulsoterapia, por exemplo, enfrenta resistência por ser considerada como uma intervenção inerentemente coercitiva e tóxica, e pela oposição que os profissionais de saúde mental do sistema prisional prevêm tanto pela família quanto pelo paciente (Surya et al., 2015). O estigma com a eletroconvulsoterapia, no entanto, ocorre dentro e fora do contexto prisional, possivelmente pela ignorância e mau-uso que teve, ainda que essa intervenção se mantenha como efetiva para o tratamento de episódios depressivos severos, inclusive de

primeira linha para pacientes suicidas, psicóticos ou fisicamente debilitados por episódios depressivos (Kellner et al., 2019; Rosa & Rosa, 2015).

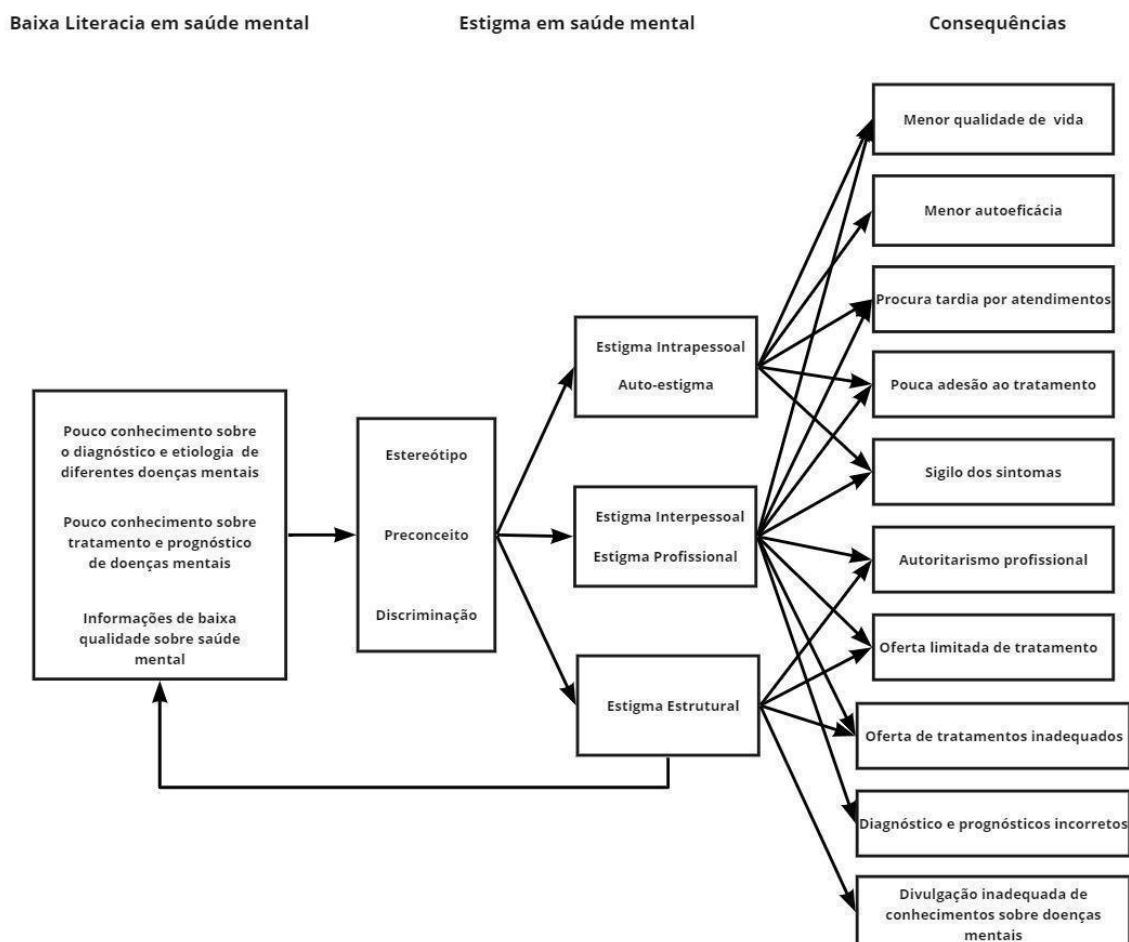
MODELO TEÓRICO PROPOSTO

De acordo com os achados nessas diferentes análises, o seguinte modelo teórico foi proposto na tentativa de demonstrar as interinfluências entre a baixa literacia em saúde mental, o estigma em saúde mental e suas consequências. A importância da literacia em saúde mental ficou evidente ao longo da revisão dos artigos; ainda que alguns estudos não a nomeiem, eles mencionam diferentes aspectos dela. De modo semelhante, encontrou-se que o estigma estrutural propaga e mantém aspectos da baixa literacia, como o conhecimento inadequado sobre doenças mentais, o que, por vez, mantém crenças preconceituosas e atitudes discriminatórias frente a pessoas que sofrem desses (Mackert et al., 2019; Surya et al., 2015).

De acordo com o modelo teórico proposto na Figura 2, a baixa literacia influencia todos os níveis de estigma. Contudo, essa relação parece não ter sido alvo de muitas pesquisas até o momento. Parece haver relação entre baixa literacia e estigmas interpessoais e estruturais (Hatzenbuehler, 2016; Johnco & Rapee, 2018; Mackert et al., 2019), mas a associação com o estigma intrapessoal, aparentemente, ainda não foi foco de pesquisas (Hinshaw, 2018; Javed et al., 2021; Johnco & Rapee, 2018), ao menos não com essa nomeação. Visto que o autoestigma e seus comportamentos decorrentes estão associados à crença em afirmações estereotipadas, como “é tudo minha culpa” ou “eu sou fraco”, é

possível que a baixa literacia seja ao menos parcialmente responsável pelo surgimento ou manutenção dessas mesmas crenças.

Figura 2. Modelo teórico proposto.



4. Considerações finais

O objetivo deste trabalho foi investigar as influências do estigma sobre a identificação e o tratamento adequado de doenças mentais. Constatou-se que, até pouco tempo, as investigações sobre o tema não levavam em conta o estigma intrapessoal, e que a maioria dos estudos que apontavam as possíveis causas do estigma comentavam fatores comumente

presentes no conceito de literacia em saúde mental. Os principais resultados acerca da influência do estigma, separados quanto ao nível de análise, demonstram que ele pode influenciar negativamente diversos momentos do tratamento e da saúde mental dos estigmatizados com doenças mentais, tanto na busca tardia de tratamento, na identificação incorreta da doença, na maior ocorrência de comportamentos de risco, em parentalidade inadequada, em legislações discriminatórias, etc.

Entre as principais limitações deste estudo, citam-se o método utilizado, o baixo número de descritores utilizados, a busca em apenas dois idiomas, e que o modelo teórico apresentado é somente uma proposta a ser testada. Por esta razão, alguns estudos podem não ter sido identificados e analisados, além de terem viés do autor.

Como maior contribuição, destaca-se a proposta de um modelo teórico para se entender e investigar a relação entre estigma e doenças mentais. Espera-se que esse estudo possa servir de referência para pesquisas posteriores acerca do estigma em saúde mental, como a gravidade atual do estigma no Brasil e a possível efetividade de intervenções propondo reduzi-la.

5. Referências

Bharadwaj, P., Pai, M. M., & Suziedelyte, A. (2017). Mental health stigma. *Economics Letters*, 159, 57–60. doi:10.1016/j.econlet.2017.06.028

- Buchli, G., Lourenço, H. L. O., Santos, K. C. O., & Parreira, K. A. (2019). Psicofobia: Percepção da saúde mental em estudantes de medicina. *Revista saúde multidisciplinar*, 6(2), 1-9.
- Bravo-Mehmedbašić, A., & Kučukalić, S. (2017). Stigma of psychiatric diseases and psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 29(5), 877-879. PMID: 29283982
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42(8), 1741-1752. doi:10.1017/S0033291711002558
- Fadipe, B., Olagunju, A. T., Ogunwale, A., Fadipe, Y. O., & Adebawale, T. O. (2020). Self-stigma and decision about medication use among a sample of Nigerian outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 43(3), 214–224. <https://doi.org/10.1037/prj0000408>
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 71(8), 742–751. doi:10.1037/amp0000068
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, Schulze, B., Benjamin, D. Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482. doi:10.1016/s2215-0366(14)00023-6

Hinshaw, S. P. (2018). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Controversy, Developmental Mechanisms, and Multiple Levels of Analysis. *Annual Review of Clinical Psychology, 14*(1), 291–316. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050817-084917

Huelin, R., Iheanacho, I., Payne, K., & Sandman, K. (2015). What's in a name? Systematic and non-systematic literature reviews, and why the distinction matters. *The evidence, 1*, 34-35.

Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde (2013). *Estudo de Carga de Doença Global: gerando evidências, informando políticas de saúde*. Seattle, WA: IHME.

Javed, A., Lee, C., Zakaria, H., Buenaventura, R. D., Cetkovich-Bakmas, M., Duailibi, K., Ng, B., Ramy, H., Saha, G., Arifeen, S., Elorza, P. M., Ratnasingham, P., Azeem, M. W. (2021). Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian Journal of Psychiatry, 58*, 1-8. doi:10.1016/j.ajp.2021.102601

Johnco, C., & Rapee, R. M. (2018). Depression literacy and stigma influence how parents perceive and respond to adolescent depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 241*, 599-607. doi:10.1016/j.jad.2018.08.062

- Kaushik, A., Kostaki, E., & Kyriakopoulos, M. (2016). The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*, *243*, 469–494. doi:10.1016/j.psychres.2016.04.042
- Kellner, C. H., Obbels, J., & Sienaert, P. (2019). When to Consider Electroconvulsive Therapy (ECT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *20*, 304-315. doi:10.1111/acps.13134
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, *187*(S7), 26-30. doi:10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x
- Kestelman, I. (2021, November 12). *SENADO APROVA LEI PARA ALUNOS COM TDAH e DISLEXIA*. Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA). Retrieved November 12, 2021, from <https://tdah.org.br/senado-aprova-lei-para-alunos-com-tdah-e-dislexia/>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthcare Management Forum*, *30*(2), 111–116. doi:10.1177/0840470416679413
- Lawrence, D., Hancock, K. J., & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *British Medical Journal*, *346*, 1-14. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2539>

- Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Donovan, E. E., Champlin, S., & Pounders, K. (2019). Health Literacy and Perceptions of Stigma. *Journal of Health Communication, 24*(11), 856–864. doi:10.1080/10810730.2019.1678705
- McCarty, R. J., Guzick, A. G., Swan, L. K., & McNamara, J. P. H. (2017). Stigma and recognition of different types of symptoms in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 12*, 64–70. doi:10.1016/j.jocrd.2016.12.006
- Mitter, N., Ali, A., & Scior, K. (2019). Stigma experienced by families of individuals with intellectual disabilities and autism: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 89*, 10–21. doi:10.1016/j.ridd.2019.03.001
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E., Nelson, R. E., Sapag, J. C., Siraprapasiri, T., Turan, J., & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine, 17*(1), 1-15. doi:10.1186/s12916-019-1256-2
- Paranhos-Passos, F., & Aires, S. (2013). Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 23*, 13-31. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100002>
- Perry, E., Mandy, W., Hull, L., & Cage, E. (2021). Understanding Camouflaging as a Response to Autism-Related Stigma: A Social Identity Theory Approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 3*, 1-11. doi:10.1007/s10803-021-04987-w

- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877. doi:10.1016/s0140-6736(07)61238-0
- Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Stigma and Eating and Weight Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(3), 1-10. doi:10.1007/s11920-015-0552-6
- Rathod, S., Pinninti, N., Irfan, M., Gorczynski, P., Rathod, P., Gega, L., & Naeem, F. (2017). Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries. *Health Services Insights*, 10, 1-7. doi:10.1177/1178632917694350
- Rosa, M. A. & Rosa, M. O. (2015). Bases históricas. In M. A. Rosa & M. O. Rosa. Fundamentos da eletroconvulsoterapia (pp. 15-29). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137–155. doi:10.1080/09540260701278929
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., van Brakel, W., C. Simbayi, L., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1), 1-13. doi:10.1186/s12916-019-1271-3

- Stopa, S. R., Malta, D. C., Oliveira, M. M. de, Lopes, C. de S., Menezes, P. R., & Kinoshita, R. T. (2015). Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *18*(2), 170–180. doi:10.1590/1980-5497201500060015
- Surya, S., McCall, W. V., Iltis, A. S., Rosenquist, P. B., & Hogan, E. (2015). The Practice of Electroconvulsive Therapy in US Correctional Facilities. *The Journal of ECT*, *31*(3), 150–154. doi:10.1097/yct.0000000000000263
- Suwalska, J., Suwalska, A., Szczygieł, M., & Łojko, D. (2017). Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma. *Psychiatria polska*, *51*(3), 503–513. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/67373>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, *387*(10023), 1123–1132. doi:10.1016/s0140-6736(15)00298-6
- Trautmann, S., Rehm, J., & Wittchen, H. (2016). The economic costs of mental disorders. *EMBO Reports*, *17*(9), 1245–1249. doi:10.15252/embr.201642951
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, *3*(2), 171–178. doi:10.1016/s2215-0366(15)00505-2

Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 1-20. doi:10.1186/s12888-015-0681-9

World Health Organization. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. WHO Regional Office Europe.