

CONCEPÇÕES POPULARES E ESTIGMA RELACIONADOS ÀS DOENÇAS MENTAIS

POPULAR CONCEPTIONS AND STIGMA RELATED TO MENTAL DISORDERS

**MIGUEL ROBERTO
JORGE**

*Professor Associado
Livre-Docente, Departamento
de Psiquiatria, Escola Paulista
de Medicina, Universidade
Federal de São Paulo, São
Paulo-SP, Brasil,
Email: miguelrjorge@gmail.
com*

RESUMO: Diversos estudos demonstram que uma significativa maioria das pessoas com doenças mentais não tem sua condição identificada ou não estão recebendo tratamento. Dois fatores que contribuem de forma importante para tal situação são, respectivamente, o conceito que as pessoas em geral têm das doenças mentais e o estigma usualmente a elas relacionado. Esta revisão não abrangente da literatura analisa estas questões em diferentes contextos e propõe estratégias que possam contribuir para reduzir o estigma relacionado às doenças mentais.

PALAVRAS-CHAVE: doenças mentais, esquizofrenia, estigma, discriminação, concepções populares

ABSTRACT: Different studies indicate that most of the people with mental illnesses do not have their condition identified or are not receiving treatment. Two factors contributing to this situation are, respectively, the concept that the general population has about mental illnesses and the stigma usually related to them. This non-comprehensive literature review analyses those questions in different contexts and proposes strategies that can contribute to reduce the stigma related to mental illnesses.

KEYWORDS: mental disorders, schizophrenia, stigma, discrimination, popular conceptions

O estigma relacionado às doenças mentais constitui um dos principais obstáculos no acesso aos serviços de saúde mental. Ele acaba atingindo não somente as pessoas com doenças mentais, como também os seus familiares, profissionais e serviços de atenção à saúde mental, e a própria psiquiatria enquanto especialidade médica. Entre outras consequências, as pessoas com doenças mentais muitas vezes nem sequer têm sua condição reconhecida e menos ainda adequadamente tratada. Com frequência, elas experimentam uma série de desvantagens em relação à estudo, emprego, moradia e legislação social, quando não um processo de exclusão social mais amplo. Estas pessoas usualmente desenvolvem um processo de autoestigmatização, experimentando uma baixa autoestima, pior saúde física, insatisfação e baixa qualidade de vida. Como regra, as políticas de saúde pública não contemplam as doenças mentais com a devida importância orçamentária e de ações (face a alta prevalência e incapacidade por elas causadas).

Com base em estudo realizado no Brasil, Leitão *et al.* (2002) descrevem que aproximadamente 70% dos portadores de esquizofrenia não estavam recebendo tratamento regular, em situação semelhante à já descrita para outras doenças mentais e em outros países (Thornicroft, 2008). Para Thornicroft (2008), os fatores que aumentam a probabilidade de tratamentos serem evitados ou longo atraso na busca por cuidados à saúde mental incluem a falta de conhecimento sobre as características e tratabilidade das doenças mentais, ignorância sobre como ter acessos a avaliação e tratamento, preconceito contra as pessoas que têm doença

Recebido em: 21/03/2013
Aprovado em: 03/05/2013

mental e expectativa de discriminação contra as pessoas que têm um diagnóstico de doença mental.

Outro estudo realizado no Brasil (Loch, 2012), objetivando avaliar a frequência e determinantes de re-hospitalizações de portadores de psicose e transtorno bipolar, revelou que, na amostra estudada, a taxa de re-internações no primeiro ano após a alta foi de 42,6%. Dentre os fatores relacionados à readmissão ao hospital destacaram-se a contenção física durante a internação, o não comparecimento às consultas após a alta, o número de readmissões anteriores e, de forma marcante, a aprovação da família para a hospitalização permanente de indivíduos portadores de doença mental, considerados de forma estereotipada como perigosos e não sadios. O autor conclui que o estigma da família em relação à doença mental pode contribuir para o aumento na frequência de readmissões dos portadores nos hospitais.

CONCEITO DE TRANSTORNOS MENTAIS

O conceito atual de transtorno mental (do inglês *mental disorder*, introduzido pelo DMS-III) diz respeito a um conjunto de sintomas (síndromes) ou padrões comportamentais e psicológicos que têm importância clínica e se associam a sofrimento ou incapacitação (American Psychiatric Association, 1980). Desta forma, este conceito privilegia fenômenos universais e objetiváveis (que correspondem à noção de *disease*) em detrimento de experiências subjetivas (que correspondem à noção de *illness*) e contrapõe o conceito de *dis-order* (fora da ordem, desordem, perturbação, transtorno) ao clássico conceito de doenças mentais.

Ainda assim, pode se observar variações na forma como as pessoas veem

os transtornos mentais, mesmo em sujeitos relativamente semelhantes do ponto de vista sociocultural. Giosan *et al.* (2001) demonstraram que estudantes de *colleges* norte-americanos entendem os transtornos mentais como uma disfunção em suas habilidades ou mecanismos psicológicos e enfatizam a presença de conflitos psicológicos, perturbações emocionais e incapacidade no funcionamento. Já estudantes universitários brasileiros entendem que os aspectos mais distintivos do conceito dizem respeito a anormalidades estatísticas (desvio da norma), reações comportamentais inesperadas, irracionalidade e fraqueza de caráter.

A forma como os transtornos mentais são definidos pelos profissionais da área e as concepções populares sobre os mesmos guardam estreita relação com os fenômenos do estigma e a discriminação sofrida por seus portadores.

ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DO ESTIGMA

O estigma relacionado às doenças mentais mostra variabilidade através dos tempos e em diferentes culturas. O termo estigma origina-se do grego *stizein* e significa pontuar, marcar. Na Grécia antiga, escravos, criminosos, traidores, eram marcados com sinais corporais que indicavam serem eles pessoas que deveriam ser evitadas, especialmente em lugares públicos.

A relação entre estigma e doenças mentais é bastante antiga e se reflete na compreensão da loucura como uma possessão demoníaca e uma punição por um pecado cometido, já presente na Bíblia e ao longo dos séculos seguintes (p. ex., em *Malleus Maleficarum*). Por outro lado, a abordagem da Medicina em busca de causas naturalísticas da insanidade, relacionando-a

à teoria da degenerescência – portanto uma condição intratável – fez com que até o Século XVIII os doentes fossem segregados da sociedade e seu tratamento se restringisse a acorrentá-los, açoitá-los ou submetê-los a purgações.

Esta situação começa a mudar no Século XIX e grande importância é dada a Pinel, na França, quando ele introduz o conceito de insanidade parcial e recomenda seu tratamento em ambientes adequados (os asilos de então). Nesta mesma época, os Estados Unidos da América (EUA) experimentavam uma urbanização rápida e imigração massiva, o que era entendido como possíveis causas de doenças mentais e, assim, os asilos um local de isolamento para o tratamento das mesmas.

Erving Goffman (1963), em seu clássico livro, *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, estabelece que “o termo estigma será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo mas... (em) uma linguagem de relações e não de atributos...” e sobre aquele sobre quem recai um estigma que “... deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída.” Desta forma, Goffman caracteriza o estigma quando é grande o efeito de descrédito da pessoa estigmatizada e o considera um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo.

Quando já não bastava isolar os portadores de doenças mentais da sociedade, a aplicação de rótulos no que eles apresentavam de diferente e a associação destes a traços indesejáveis (estereótipos negativos) vieram a acentuar esta separação: eles deixam de ser considerados “um de nós” e são constituídos como um grupo à parte (“eles x nós”), grupo este que passa a experimentar discriminação e perda de status (Link & Phelan, 2001). Resultados

de pesquisas realizadas em todos os cinco continentes produziram achados, no geral, consistentes e indicando que não há país, sociedade ou cultura no qual pessoas com doença mental sejam consideradas como tendo o mesmo valor que pessoas sem doença mental (Thornicroft *et al.*, 2009).

Em realidade a palavra estigma envolve diferentes significados: conhecimento insuficiente ou inadequado (ignorância, estereótipo), pressupostos ou emoções negativas (preconceito) e comportamentos de rejeição e esquiva (discriminação). Como resultado, a pessoa estigmatizada experimenta graus variados de distanciamento social.

A noção de que as pessoas com doenças mentais são vistas pela população com medo, desconfiança e até mesmo aversão, e consideradas como perigosas, sujas, imprevisíveis e sem valor, tem sido comprovada por estudos realizados desde a década de 1950. Phelan e colaboradores, em levantamento realizado nos EUA em 1996 utilizando perguntas semelhantes a um estudo realizado por Star na década de 1950, encontraram uma aceitação maior das doenças mentais menos graves porém 2,5 vezes mais medo e estigma relacionados a doenças mentais graves e quase o dobro de percepção de que as pessoas com doenças mentais são violentas (Phelan & Link, 1998; Phelan *et al.*, 2000). Por outro lado, há não muito tempo, consultar um psiquiatra não era endossado publicamente e as pessoas avaliavam os profissionais que tratavam de doenças mentais de forma mais negativa do que aqueles que tratavam de doenças físicas (Star, 1957, Nunnally, 1961 *apud* Phelan *et al.*, 2000), situação esta que teve uma evolução positiva nos fins do século passado, porém ainda é frequente em

determinadas regiões de praticamente todos os países.

Estes dados podem ser compreendidos no que diz respeito às doenças mentais menos graves pela evolução do diagnóstico e dos tratamentos das doenças mentais, bem como pela presença crescente de temas de saúde mental em veículos de mídia (incluindo o cinema). Por outro lado, programas de desinstitucionalização que vêm sendo realizados sem a devida cobertura por serviços comunitários podem estar colaborando para a piora do cenário no que diz respeito às pessoas com doenças mentais graves, na medida em que a população está mais exposta a elas, reforçando estereótipos negativos e o estigma (p. ex, Angermeyer *et al.*, 2011).

No que diz respeito à relação de doenças mentais e violência, Eronen *et al.* (1998) demonstraram haver entre elas uma associação moderada porém com pequena magnitude do risco. Entretanto, estudos apontaram que violência pode ocorrer em pacientes sem tratamento adequado (Garmendia *et al.*, 1992) ou com história de abuso de álcool ou drogas (Arboleda-Florez *et al.*, 1996). Além disso, Häfner e Böker (1982) relataram que pessoas com esquizofrenia eram mais vítimas de abuso ou violência que perpetradores de violência.

CONCEPÇÕES POPULARES SOBRE DOENÇAS MENTAIS

Pesquisas têm sido realizadas em diferentes países buscando examinar como as pessoas veem as doenças mentais e seus portadores. Link *et al.* (1999), utilizando dados de um levantamento realizado nos EUA através da apresentação de vinhetas descrevendo diferentes doenças mentais (alcoolis-

mo, depressão, esquizofrenia, dependência de cocaína), demonstraram que a maioria da população era capaz de identificar esquizofrenia e depressão como doenças mentais e, de maneira geral, atribuíam a circunstâncias estressantes na vida a causa das doenças mentais assim como apontavam para um desequilíbrio químico no cérebro entre os fatores causais da esquizofrenia e depressão, entendiam que o alcoolismo também era causado pela forma como a pessoa havia sido criada e que a dependência de cocaína devia-se a um problema de caráter. Além disso, os resultados desta pesquisa apontaram que sintomas de doenças mentais permaneciam fortemente correlacionados com a possibilidade de seus portadores apresentarem violência e com uma disposição de limitar a interação social com os mesmos.

Magliano *et al.* (2004) realizaram um levantamento sobre causas, tratamentos e consequências psicossociais da esquizofrenia em diferentes regiões da Itália. Apenas 21% da população identificou esquizofrenia na vinheta apresentada. Quanto às possíveis causas da doença, 72% a relacionaram ao estresse, 52% à hereditariedade e 45% a relacionaram tanto a traumas psicológicos quanto a conflitos familiares. Apenas 25% concordaram com a afirmação de que medicamentos seriam úteis para seu tratamento, enquanto que 58% preconizaram o uso de outras formas de intervenção (psicossociais); 35% da amostra julgava estes pacientes imprevisíveis, 35% acreditava que as pessoas poderiam se recuperar e 35% achavam que pouco poderia ser feito por eles. 66% das pessoas veem os hospitais psiquiátricos na Itália mais parecidos com prisões do que com hospitais e apenas 2% das pessoas entrevistadas achavam que pacientes com a doença retratada na vinheta (esquizofrenia)

deveriam ir para um asilo. 71% das pessoas discordavam da afirmação de que estes pacientes não deveriam votar e 60% discordavam da afirmação de que eles não deveriam se casar; apenas 19% concordavam com a afirmação de que eles não deveriam ter filhos.

Ao procurarem estabelecer o que, para a população leiga da Alemanha, caracterizava os portadores de esquizofrenia e que tipo de reações emocionais eles habitualmente despertavam nas pessoas, Angermeyer e Matschinger (2003) descreveram que a maior parte da amostra entrevistada via os portadores de esquizofrenia como pessoas necessitadas (91%), dependentes (68%), desamparadas (61%) e imprevisíveis (54%), e assim as reações emocionais que eles mais provocavam eram pena (61%), desejo de ajudar (59%), apreensão (48%), insegurança (34%) e medo (34%).

Jorm e colaboradores (Jorm *et al.*, 1997; 2005; Nakane *et al.*, 2006; Griffiths *et al.*, 2006) realizaram levantamentos semelhantes com amostras representativas das populações da Austrália e do Japão. As entrevistas foram realizadas utilizando-se de vinhetas representando pessoas com doença mental, seguida de um questionário. Peluso *et al.* (2008) e Peluso e Blay (2009; 2011), utilizando as mesmas vinhetas, realizaram levantamento semelhante no Brasil com amostra representativa da cidade de São Paulo. Parte dos resultados destas pesquisas, particularmente no que se refere à esquizofrenia, são apresentados a seguir.

Diante da vinheta caracterizando um portador de esquizofrenia, 41% das pessoas na Austrália e 17% no Japão identificaram corretamente a natureza da doença como esquizofrenia ou psicose. No Brasil, 2,2% a identificaram como esquizofrenia e 5% como

louco ou doido; 40% acreditavam que não era uma doença mental. Como causas da esquizofrenia, a mais citada na Austrália foi problemas na infância (91%), no Japão, problemas cotidianos, (92%) e no Brasil, problemas na infância e uso de drogas (94%); a genética foi apontada por 70% das pessoas na Austrália, 74% no Brasil e 34% no Japão e fraqueza de caráter foi apontada como causa de esquizofrenia por 40% das pessoas na Austrália, 70% no Brasil e 73% no Japão. Em relação ao estigma, atitudes estigmatizantes e distância social foram mais observados no Japão do que na Austrália, sendo que os australianos enfatizaram mais a imprevisibilidade dos portadores e os japoneses a fraqueza pessoal. No Brasil, os portadores eram percebidos como perigosos para 74% das pessoas (percentagem esta que caía para 20% se os mesmos estivessem sendo tratados), despertavam reações negativas em 59% das pessoas e discriminação em 57% delas. Os tipos de reações emocionais que mais despertavam em brasileiros foram vontade de ajudar (99%), cordialidade (89%), pena (60%) e afabilidade (59%).

Reavley e Jorm (2012) replicaram o levantamento feito na Austrália oito anos mais tarde, para investigar se as atitudes estigmatizantes anteriormente verificadas haviam mudado ao longo deste período. Os resultados revelaram que houve uma diminuição nos índices de distância social para diversas doenças mentais (mas não para esquizofrenia crônica) e aumento nas crenças sobre periculosidade e imprevisibilidade.

A PERCEPÇÃO DOS PORTADORES

O projeto INDIGO (*International Study of Discrimination and Stigma Ou-*

tcomes) foi um estudo multicêntrico realizado por Thornicroft *et al.* (2009), tendo como objetivo descrever e analisar padrões de discriminação antecipada (uma forma de autoestigma) e vivenciada por pessoas com esquizofrenia em diferentes países, incluindo o Brasil. Dentre os 27 países que participaram do estudo, o Brasil teve o pior resultado no que diz respeito à discriminação vivenciada negativamente e, ainda que com relação à discriminação antecipada tenha havido pouca variabilidade entre os países, o Brasil apresentou um resultado um pouco pior que a média de todos os países. Ter o diagnóstico de esquizofrenia foi considerado vantajoso (por serem tratados de maneira melhor) por 26% e uma desvantagem (por serem tratados de forma pior) por 49% dos 732 portadores entrevistados em todos os países. Considerando os países como um todo, as áreas mais comuns de discriminação vivenciada negativamente foram ao fazer ou manter amigos, com parentes, ao manter ou procurar um emprego, e em relações íntimas ou sexuais. Discriminação positiva (experimentar alguma vantagem por ter o diagnóstico de esquizofrenia) foi rara - relatada por menos de 10% dos entrevistados para a maioria das áreas - e mais comum na relação com familiares, ao buscar benefícios da previdência social ou pensão por incapacidade, em relação à moradia e na cobertura por tratamento médico. No Brasil, atitudes discriminatórias vivenciadas negativamente (desvantajosas) foram percebidas por portadores de esquizofrenia principalmente em decorrência de terem o diagnóstico de esquizofrenia, na relação com seus familiares e ao fazerem ou manterem amigos; quanto à discriminação antecipatória (autoestigma), eles relataram sua presença ao sentirem necessidade

de ocultarem o diagnóstico de doença mental, ao desistirem de concorrerem ou de se candidatar a trabalho, estágio ou estudo, ao desistirem de buscar um relacionamento ou de continuarem uma relação íntima, e ao deixarem de fazer algo importante para si devido ao diagnóstico de doença mental (Pimentel, 2009).

Na comparação do Brasil com os demais países, observou-se mais discriminação vivenciada negativamente no trabalho e na manutenção de privacidade, e mais discriminação positiva na relação com a polícia, em moradia, na cobertura para tratamento médico e na relação com vizinhos.

Um outro estudo realizado em 14 países europeus, denominado *GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks)*, buscou examinar a experiência de portadores de esquizofrenia e outras psicoses com relação ao autoestigma e variáveis a ele relacionadas. Dentre os 1229 portadores participantes, 41,7% relataram níveis moderados ou altos de autoestigma, 49,2% moderada ou alta resistência ao estigma e 69,4% moderada ou alta discriminação percebida; de maneira geral, os níveis de autoestigma eram particularmente determinados por diferentes níveis de empoderamento (*empowerment*), discriminação percebida e contato social (Brohan *et al.*, 2010).

CONHECIMENTO E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A mesma vinheta que descreve um portador de esquizofrenia utilizada no estudo com amostra populacional da Austrália foi utilizada por Jorm *et al.* (1997) para avaliar o conhecimento e a atitudes de médicos generalistas (*general practitioners*) ou de família: 78%

deles identificaram a doença retratada como psicose e 12% especificamente como esquizofrenia. Utilizando-se do mesmo instrumento, Reis (2007) entrevistou profissionais da saúde de 33 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de São Paulo: 29% deles identificaram a doença retratada na vinheta como depressão, 5,4% como psicose e 3% especificamente como esquizofrenia.

Comparando dados destes dois estudos (Jorm *et al.*, 1997; Reis, 2007), na opinião dos médicos generalistas ou de família australianos e profissionais do PSF brasileiros, as pessoas ou profissionais que foram considerados mais úteis para lidar com o portador retratado na vinheta foram: na Austrália, o médico generalista (100%), psiquiatra (100%), psicólogo clínico (77%), familiares próximos (62%) e assistente social (61%); no Brasil, o psicólogo clínico (97%), o médico geral/de família (94%), familiares próximos (89%), psiquiatra (88%), amigos próximos (83%) e assistente social (62%). As intervenções que foram consideradas mais úteis na Austrália foram internação em enfermaria psiquiátrica (91%), aconselhamento (71%) e eliminar totalmente o álcool (65%), enquanto no Brasil foram (todas com percentagem entre 82% e 71%, em ordem decrescente): eliminar totalmente o álcool, psicoterapia psicodinâmica, sair mais, tornar-se mais ativo fisicamente, cursos de relaxamento/meditação/ioga, aconselhamento, ler livros de autoajuda e terapia cognitivo-comportamental. Ampla maioria (67%) dos profissionais da saúde do PSF brasileiros tinha uma expectativa de que o portador retratado na vinheta seria discriminado em sua comunidade e 32% deles acreditavam ser possível uma recuperação completa do mesmo caso tratado.

CRENÇAS E ATITUDES DE ADOLESCENTES

Educação pública e campanhas anties-tigma voltadas para crianças, adolescentes e adultos jovens pretendem contrapor-se a estereótipos antes mesmo que eles surjam. Nesta perspectiva, Schulze *et al.* (2003) realizaram um estudo em cinco escolas secundárias de Leipzig, na Alemanha, onde desenvolveram um programa de uma semana envolvendo tópicos de saúde mental que incluiu o contato com um portador de esquizofrenia de idade pouco superior a dos alunos. Um questionário foi aplicado antes e depois desta intervenção de uma semana, visando aferir estereótipos (periculosidade, imprevisibilidade, criatividade) e distância social/prontidão para relacionar-se (sentar-se ao lado, apaixonar-se, conversar, ser amigo). Os resultados mostraram uma diminuição dos estereótipos e da distância social depois da intervenção, não se detectando diferenças entre alunos e alunas.

Moraes (2006) realizou estudo semelhante com alunos da série intermediária do Ensino Médio, em uma escola pública e outra privada (representando indivíduos de diferentes níveis socioeconômicos) da cidade de São Paulo, onde a intervenção consistiu na apresentação de um filme com depoimentos de portadores de esquizofrenia e de uma terapeuta ocupacional seguido de três palestras com um psiquiatra, uma terapeuta ocupacional e um portador de esquizofrenia com 27 anos de idade. Não houve diferença quanto à presença de estereótipos entre alunos e alunas, porém as alunas mostraram maior prontidão para relacionar-se com o portador retratado na vinheta (menor distância social) do que os alunos. Os estudantes da escola privada apresentaram menos estereó-

tipos negativos do que os da escola pública, porém eles não diferiram quanto à prontidão para relacionar-se (distância social semelhante). Comparados com estudantes que não sofreram intervenção, aqueles expostos ao filme, palestras dos profissionais e do portador, apresentaram menos estereótipos negativos e maior prontidão para relacionar-se (menor distância social) após a intervenção.

INTERVENÇÕES COM ESTUDANTES DE MEDICINA

Altindag *et al.* (2006) realizaram uma intervenção em um dia com estudantes do primeiro ano de uma escola médica na Turquia, que consistiu em uma conferência sobre mitos relacionados à esquizofrenia e causas de estigma, no depoimento de um portador da doença e na exibição do filme *Uma Mente Brilhante*. Um questionário foi aplicado antes, logo após e depois de um mês da intervenção. Observaram-se mudanças favoráveis no curto prazo quanto a crenças sobre causas da esquizofrenia, distância social e cuidados e manejos, mudanças estas que tenderam a diminuir após um mês da intervenção.

Fidalgo e Jorge (*comunicação pessoal dos autores*) ofereceram uma disciplina eletiva denominada “Esquizofrenia: Ampliando Conceitos” a estudantes de uma escola médica da cidade de São Paulo por quatro vezes durante dois anos consecutivos. Além de aulas sobre diversos aspectos da doença, uma das quais ministrada por um portador de esquizofrenia que somente ao término da mesma se identificava como tal e interagiu com os estudantes, exibiu-se o documentário “Estamira”, que retratava uma portadora da doença, seguido de uma discussão. O mesmo questionário uti-

lizado no estudo de Schulze *et al.* (2003) era aplicado antes e depois da realização da disciplina eletiva. Antes da realização do curso, aqueles estudantes que já conheciam um portador apresentavam uma tendência a menor distância social e uma diferença não significativa em relação à presença de estereótipos negativos. Após a realização do curso, houve uma melhora tanto na escala que avaliava distância social quanto estereótipos negativos.

ESTRATÉGIAS PARA MUDAR ATITUDES ESTIGMATIZANTES

Segundo Corrigan *et al.* (2001), psicólogos sociais têm identificado três abordagens para mudar atitudes estigmatizantes: educação (que procura substituir atitudes estigmatizantes com concepções precisas sobre as doenças), contato (que desafia atitudes públicas sobre doenças mentais através da interação direta com pessoas que tem estas doenças) e protesto (que suprime atitudes estigmatizantes direcionadas a doenças mentais e comportamentos que promovem estas atitudes). Segundo estes autores, todas elas, entretanto, apresentam limitações: educação leva a uma melhora nos atributos relacionados a diversas doenças mentais, porém, de forma não duradoura e sem necessariamente mudar atitudes; o contato com portadores produz mais mudanças positivas que educação para algumas doenças mentais (p. ex., depressão e psicose) mas não para outras (p. ex., uso habitual de cocaína e retardo mental); protesto não produz mudanças significativas nos atributos relacionados a diversas doenças mentais.

Schomerus *et al.* (2012) exploraram, através de revisão sistemática da

literatura, a hipótese de que o aumento do conhecimento sobre os correlatos biológicos das doenças mentais na primeira década do século XXI se traduziu em melhora do conhecimento público sobre as mesmas, em maior prontidão para procurar cuidados à saúde mental e em atitudes mais tolerantes em direção a pessoas mentalmente doentes. Os resultados mostraram que havia maior conhecimento sobre saúde mental – particularmente do modelo biológico de doenças mentais – e maior aceitação de ajuda profissional para problemas de saúde mental; em contraste, entretanto, não houve mudanças ou houve para pior no que diz respeito a atitudes em relação a pessoas com doença mental.

Na medida em que a questão do estigma foi crescentemente se movendo em direção a um modelo de direitos humanos que o vê como uma forma de opressão social resultante de um processo sociopolítico complexo, Arboleda-Flórez e Stuart (2012) acrescentam a estas três amplamente reconhecidas estratégias, outras três: reforma das leis, defesa de direitos e manejo do auto-estigma.

Nos últimos 15 anos, uma série de iniciativas no âmbito da psiquiatria e da saúde mental em todo o mundo foram adotadas visando combater o estigma e a discriminação relacionados às doenças mentais. Dentre elas, destacamos o Programa Global para Reduzir o Estigma e a Discriminação Relacionados à Esquizofrenia da Associação Psiquiátrica Mundial (World Psychiatric Association, 1998), com grupos de ação atualmente presentes em mais de 20 países. No Brasil, onde este programa se desenvolve desde 2001, uma série de pesquisas e ações tem se estabelecido no sentido de melhor compreender as raízes e combater o estigma relacionado às doenças mentais.

PROGRAMA SOESQ/ABRE

O Programa Global para Reduzir o Estigma e a Discriminação Relacionados à Esquizofrenia no Brasil teve início em 2001 como uma parceria entre a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o Programa de Esquizofrenia (PRO-ESQ) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo e a Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia (ABRE). Seus objetivos visavam promover um diálogo a partir de múltiplas perspectivas com a participação efetiva de pessoas com esquizofrenia e seus familiares no planejamento e implementação de diversas ações em rede. Dentre as iniciativas realizadas pelo Programa, destacam-se o desenvolvimento de um sítio na internet para comunicação com o público, a publicação de uma cartilha sobre saúde mental e direitos humanos, uma série de seis livretos com informações sobre a esquizofrenia para público leigo, materiais impressos para profissionais da saúde e jornalistas, realização de encontros e palestras abertos ao público em geral, em faculdades e em congressos científicos, realização de grupos de apoio a portadores e familiares, articulação com grupos de defesa de direitos e com outras associações de portadores de doenças mentais e seus familiares, e pesquisas.

RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÃO

Os psiquiatras devem ser estimulados a ter um papel ativo frente à inadequada visão que outros médicos, profissionais da saúde e mesmo o público têm dos portadores de doenças mentais e mesmo de sua tarefa profissional. Por outro lado, eles têm a responsabilidade de denunciar e buscar melhoria

na estrutura e qualidade dos serviços de saúde mental, bem como em sua pequena diversidade, procurando melhorar as condições de acesso dos portadores a diagnóstico e tratamento adequados. Podem também contribuir em suas comunidades no sentido de divulgar, particularmente através de órgãos da imprensa, informações corretas sobre as doenças mentais e particularmente demonstrando que os portadores mantêm muitas de suas capacidades e têm frequentemente seus direitos desrespeitados.

Em relação aos demais profissionais da saúde, é fundamental garantir que eles tenham contemplados em sua formação tópicos relacionados ao fenômeno do estigma e que sejam estimulados a incrementar contatos informais (fora das aulas de psicopatologia) com portadores de doenças mentais. Eles devem ser orientados a ter um papel ativo na entrevista clínica com pacientes no sentido de indagarem sobre suas experiências adversas como portadores de doença mental, sobre sua rede de apoio social e sobre a imagem que têm de si mesmos, incorporando estes elementos no planejamento terapêutico.

As estratégias direcionadas aos portadores, familiares e público em geral consistem em fornecer informações sobre as doenças mentais e suas consequências, trabalhar com grupos alvo específicos e pequenos, oferecendo pacotes educacionais flexíveis, em contato contínuo e diversificando as intervenções ao longo do tempo. Oportunidades de encontros devem ser oferecidas a pessoas sem a experiência anterior de contato com portadores de doenças mentais. Muito importante é o empoderamento (*empowerment*) dos portadores e familiares, como um instrumento essencial para obtenção de seus direitos sociais, tratamento adequado, reabilitação e reintegração à sociedade.

Segundo Villares (Villares, 2006; Villares & Sartorius, 2003), a complexa tarefa de reduzir o estigma associado à esquizofrenia (e outras doenças mentais) deve envolver aqueles que o vivenciam, mas raramente são ouvidos – os portadores e seus familiares – no planejamento de estratégias que melhorem a aceitação social e inclusão na comunidade. Esta tarefa não diz respeito apenas aos profissionais da saúde: ela começa no próprio portador e termina nos definidores de políticas públicas. A responsabilidade de respeitá-los, tratá-los com dignidade, promover seu bem-estar e restaurar suas esperanças em um futuro melhor é de todos nós.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altindag, A., Yanik, M., Ucok, A., Alptekin, K., & Ozkan, M. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(3), 283-288.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 38(9), 526-534.
- Angermeyer, M.C., Cooper, B., & Link, B.G. (1998). Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S1-S6.
- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to Science: fighting the

- stigmatization of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457-463.
- Arboleda-Flórez, J., Holley, H., & Crisanti, A.** (1996). *Mental illness and violence: proof of stereotype*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G.** (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the Gamian-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232-238.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A.** (2001). Three strategies for changing attribution about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), 187-195.
- Eronen, M., Angermeyer, M. C., & Schulze B.** (1998). The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S13-S23.
- Garmendia, L., Sánchez, J. R., Azpiroz A., Brain P. F., & Simón V. M.** (1992). Clozapine: strong antiaggressive effects with minimal motor impairment. *Physiology & Behavior*, 51(1), 51-54.
- Giosan C., Glovsky V., & Haslam N.** (2001). The lay concept of 'mental disorder': a cross-cultural study. *Transcultural Psychiatry*, 38(3), 317-332.
- Goffman, E.** (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm A. F., & Nakane, H.** (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6: 21.
- Häfner, H., & Böker, W.** (1982). *Crimes of violence by mentally abnormal offenders: a psychiatric and epidemiological study in the Federal German Republic*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P.** (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166 (4), 182-186.
- Jorm, A.F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K.M., & Wata Y.** (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine*, 3,12.
- Leitão, R. J., Ferraz, M. B., Mari, J. J.** (2002). A prevalence based cost of illness study of schizophrenia in São Paulo State, Brazil. *Schizophrenia Research*, 53(3), 258.
- Link, B. G., & Phelan, J. C.** (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27, 363-385.
- Link, B. G., & Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., Pescosolido, B. A.** (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333.
- Loch, A. A.** (2012). Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 185-192.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M.** (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative Nationwide survey of the general public, mental health professional, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(5), 323-331.

- Moraes, G. C.** (2006). *Crenças e atitudes estigmatizantes em relação a portadores de esquizofrenia em adolescentes estudantes da série intermediária do ensino médio: avaliação e intervenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Nakane, Y., Jorm, A. F., Yoshioka, K., Christensen, H., Nakane, H., & Griffiths, K. M.** (2005). Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry*, 5, 33.
- Peluso, E. T. P., & Blay, S. L.** (2009). Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(1), 16-27.
- Peluso E. T. P., Blay S. L.** (2011). Public stigma and schizophrenia in São Paulo city. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 130-136.
- Peluso E.T.P., Peres C.A., & Blay S.L.** (2008). Public conceptions of schizophrenia in urban Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(10), 792-799.
- Pimentel, F. A.** (2009). *Esquizofrenia e participação social: a percepção do portador em relação ao estigma e discriminação*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Phelan, J. C., & Link, B. G.** (1998). The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33, S7-S12.
- Phelan, J.C., Link, B.G., Stueve, A., & Pescosolido, B.** (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared. *Journal of Health and Social Behavior* 41, 188-207.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F.** (2012). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: changes in Australia over 8 years. *Psychiatric Research* 197(3), 302-306.
- Reis, F. D. S** (2007). *Avaliação do conhecimento e atitudes de profissionais de saúde em relação aos portadores de esquizofrenia*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P.W., Grabe, H.J., Carta, M.G., & Angermeyer, M.C.** (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Macthinger, H., & Angermeyer, M.C.** (2003). Crazy? So what! Effects of a school Project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 142-150.
- Thornicroft, G.** (2008). Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 17(1): 14-19.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese M.** (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373, 408-415.
- Villares, C.C.** (2006). A criatividade como postura em ações para gerar transformação social. *Revista Nova Perspectiva Sistêmica*, 26, 65-75.
- Villares, C.C., Sartorius, N.** (2003). Challenging the stigma of schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 1-2.
- World Psychiatric Association (1998).** *The WPA Global Program Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia: guidelines for programme implementation*. New York, NY: World Psychiatric Association.