

## O Estigma sobre as Doenças Mentais e seu Impacto no Tratamento Psiquiátrico

Lucas Pessoa<sup>1</sup>, Gabriela da Silva Dias Costa<sup>2</sup>, Livia Maria Alves Rebouças Tomé Praciano<sup>3</sup>,  
Guilherme Henrique da Silva Góes<sup>4</sup>, Rosany Piccolotto Carvalho<sup>5</sup> e Leandro Boni Fajardo<sup>6</sup>

*Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil*  
*Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil*

**Resumo:** Pacientes psiquiátricos são vistos como pessoas perigosas, irresponsáveis, incompetentes, preguiçosas; são discriminadas pela família e mesmo por profissionais de saúde, muitas vezes internalizando tais preconceitos como autoestigmatização. Realizou-se então a aplicação de questionários a doentes e acompanhantes que frequentam atendimento no Centro de Atenção Psicossocial III Benjamin Matias, em Manaus, de modo a qualificar o estigma de doenças mentais e seu impacto sobre os tratamentos, buscando observar se há correlação entre o estigma e as taxas de sucesso, desistência, adesão e procura de tratamentos psiquiátricos, além de dados acerca de doenças mais estigmatizadas e acerca do estigma entre acompanhantes. Como principais resultados, este trabalho não encontrou correlação relevante entre estigmatização e taxas de sucesso ou fracasso em tratamentos, exceto em relação à população feminina, que demonstrou correlação relevante a respeito de considerar abandonar seu tratamento.

**Palavras-chave:** saúde mental, estigma, tratamento psiquiátrico

## Mental Illness Stigma and its Impacts on Psychiatric Treatment

**Abstract:** In the present day, mental illness is still seen in a negative light, due to deeply rooted stigmatization. Psychiatric patients are seen as dangerous, irresponsible, lazy and incompetent people, suffering discrimination from family and even from health professionals, most times internalizing such beliefs in form of self-stigmatization. To comprehend and assess such diverse array of beliefs and diseases, this study was conducted using questionnaires, applied on patients and companions at Benjamin Matias Fernandes Psychosocial Attention Center III at Manaus, Amazonas, Brazil, in aims of qualifying the stigma and observing if there was any correlation between stigma and success/failure/demand rates of psychiatric treatment, furthermore, this study also intended on collecting data on stigma between companions and on the prevalence of mental illness. The collected data was processed and analyzed afterwards, finding no strong or relevant correlation between stigma and success or failures rates of treatment, except for female patients, which demonstrated an increase consideration on dropping treatment.

**Keywords:** mental health, stigma, psychiatric treatment

<sup>1</sup> Acadêmico de Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, Manaus — AM. Bolsista PIBIC/UFAM — CNPq. *E-mail:* luca-pessoa@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica de Psicologia. Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus — AM. *E-mail:* diasgabriela14@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica de Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas, Manaus — AM. *E-mail:* livia@ertp.com.br

<sup>4</sup> Acadêmico de Medicina. Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus — AM. *E-mail:* ghdsq.med20@uea.edu.br

<sup>5</sup> Doutora. Professora Titular do Departamento de Ciências Fisiológicas do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Amazonas, Manaus — AM. Orientadora PIBIC/UFAM. *E-mail:* prosany@hotmail.com

<sup>6</sup> Médico Psiquiatra. Professor e Coordenador de Psiquiatria Clínica na Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, Manaus — AM. *E-mail:* drleandrofajardo@yahoo.com.br

## Introdução

As doenças mentais, distinguidas pela determinação cultural e de valores, e não apenas por fatores biológicos, com estabelecem Spadini e Souza (2006), ainda têm uma imagem muito negativa na sociedade atual, representando uma característica extremamente estigmatizante, isto é, um traço diferente da norma que gera reprovação social de indivíduos ou grupos à base de estereótipos, preconceitos, discriminação e diminuição de oportunidades. O estigma, como pregam Querido, Tomás e Carvalho (2016), engloba problemas de conhecimento (ignorância), postura (preconceito) e comportamento (discriminação), e tem longa presença histórica, a princípio com implicações morais e/ou religiosas na interpretação da doença mental, e a defesa de tratamentos muitas vezes cruéis, como estabelecem Xavier et al. (2013). Pacientes psiquiátricos são vistos como pessoas perigosas, irresponsáveis, incompetentes, preguiçosas e responsáveis por suas próprias doenças (Oliveira, Carolino & Paiva, 2012).

Como encontraram Barbosa, Marques e Queirós (2010), as atitudes preconceituosas partem não só do público em geral, como também das famílias, de si mesmos (autoestigmatização, em que o doente adota uma conduta passiva, envergonhada e de autodesvalorização) e até mesmo dos profissionais de saúde, sendo encontradas mesmo entre acadêmicos dos diversos cursos de ciências da saúde, que quando não os veem como perigosos ou incompetentes, olham para eles com pena ou com o impulso coercitivo de fazê-los aderir a tratamentos, mas também que o contato com doentes mentais através da experiência clínica reduz atitudes estigmatizantes, como atestam Gil, Santos e Loureiro (2016).

O estigma pode ainda ser visto como voltado a diagnósticos específicos, parecendo existir uma diminuição do distanciamento em relação a depressivos ou etilistas, mas não no caso da esquizofrenia, onde se observa um aumento que os autores relacionam com a crença na perigosidade associada a este diagnóstico, embora afete também pessoas com quadros mais ligeiros de depressão e ansiedade. Metanálises ainda concluem que os que sofrem de doença mental têm maior probabilidade

de vir a padecer de doença orgânica devido ao subdiagnóstico e subtratamento e de sofrer uma morte prematura (Xavier et al., 2013; Moreira & Melo, 2008; Feijó et al., 2019).

Este estigma tem, como esperado, profundas consequências nas vidas dos pacientes.

Portadores de transtornos mentais graves são frequentemente evitados por amigos e familiares, discriminados por colegas de escola ou trabalho, preteridos por empregadores e locatários, vítimas de violência. São mostrados de forma caricatural e preconceituosa no cinema, televisão e na mídia impressa e, por vezes, alvo de ações policiais inadequadas. Estar inserido nessa cultura frequentemente acarreta a autoestigmatização por parte do indivíduo que sofre de transtorno mental. O estigma e o autoestigma são dois grandes obstáculos à integração social e à vida plena em sociedade. (Rocha, Hara & Paprocki, 2015, pp. 591-592)

Apesar de vistos como violentos e potencialmente agressivos, os doentes mentais graves são os mais vulneráveis a serem vítimas de crimes de violência física e/ou sexual.

Em um mundo em que 450 milhões de pessoas sofrem de doenças mentais e 1 milhão de pessoas se suicidam por ano, a exclusão do doente e sua estigmatização convém com a ilusão de saúde própria. Em populações específicas, como idosos, a tendência é negar classificações médicas e tratamentos para se protegerem de práticas discriminatórias e exclusão social. “A doença pode afetar como alguém percebe a si mesmo e a sua interação com o mundo social. Nesse caso, a experiência de ser diagnosticado e aderir a algum tratamento de saúde mental pode afetar a identidade e relacionamentos” (Medeiros & Foster, 2014). O estigma permeia não só o doente, como também o tratamento, gerando suspeição aos medicamentos, mecanismos terapêuticos e profissionais da área.

As pessoas então se esforçam para não serem associadas à doença mental, evitando tratamento essencial a sua reabilitação, ou buscando-o de maneira tardia. O estigma ainda impede sua integração social plena, prejudicando seu acesso a oportunidades sociais (Oliveira, Carolino & Paiva,

2012) e é ainda um entrave para integração da saúde mental à atenção básica (Hirdes & Scarparo, 2015). A estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade, afeta a credibilidade de profissionais e procedimentos e é muitas vezes tão pernicioso quanto a própria doença, implicando na necessidade de estudos que o qualifiquem e proporcionem alternativas antiestigmatizantes (Spadini & Souza, 2006; Gil, Santos & Loureiro, 2016).

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Qualificar as doenças mentais em relação à estigmatização e ao seu impacto sobre os tratamentos.

### **Objetivos Específicos**

- Compreender quais doenças mentais apresentam maior estigma;
- Verificar a frequência de desistência ou interrupção dos tratamentos em razão de preconceitos;
- Encontrar quais grupos são mais vulneráveis à estigmatização;
- Determinar a influência do estigma sobre a decisão de buscar ajuda profissional.

## **Materiais e Métodos**

### **População de Estudo**

O projeto aplicou questionários a 144 participantes, sendo todos adultos escolhidos a partir dos pacientes do CAPS III Benjamin Matias, em Manaus, Amazonas. 74 deles foram pacientes psiquiátricos e 70 deles foram acompanhantes.

## **Crítérios de Elegibilidade**

### **Crítérios de Inclusão**

- Pacientes maiores de 18 anos com transtorno mental diagnosticado frequentadores do CAPS III Benjamin Matias e que reconheçam sua necessidade de tratamento; e/ou
- Acompanhantes maiores de 18 anos com laço familiar ao doente mental diagnosticado e frequentadores do CAPS III Benjamin Matias.

### **Crítérios de Exclusão**

Para pacientes, presença de qualquer grau de déficit cognitivo, comorbidade neurológica ou falta da autocrítica em relação ao próprio distúrbio, não reconhecendo a existência da doença.

### **Enquadramento Ético**

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Amazonas sob o registro CAAE 45841221.9.0000.5020 e parecer número 4.761.258.

### **Modelo de Estudo**

Estudo transversal de base populacional com projeção descritiva após análise de campo com a aplicação de questionário.

## Descrição do Procedimento

Foi usado um questionário adaptado a partir da versão brasileira do Attribution Questionnaire – AQ27 em português (AQ26B) para portadores diagnosticados de doenças psiquiátricas (Tabela 2), e o próprio AQ26B a acompanhantes (Tabela 1), como disposto em Pereira, Santos e Faria (2016), qualificando-os por sexo, raça, classe social, transtorno, sofrimento por parte de estigma social e/ou autoestigma e sua influência na adesão e sucesso de tratamentos. Os dados foram anônimos; questionários foram aplicados aos pacientes e/ou acompanhantes in situ. Esses dados foram armazenados em ambiente seguro de acesso apenas dos pesquisadores, abertos apenas para quantificação, qualificação e análise com uso da ferramenta Microsoft Office Excel.

Tabela 1

### *Questionário de Atribuição — AQ26B*

- 
1. Eu me sentiria incomodado por José.
  2. Eu me sentiria inseguro perto de José.
  3. O José iria assustar-me.
  4. Até que ponto ficaria zangado com José?
  5. Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, pediria para ele tomar a medicação.
  6. Penso que José coloca à sua vizinhança em risco se não for internado.
  7. Se eu fosse um empregador, entrevistaria José para um emprego.
  8. Eu estaria disposto a conversar com José sobre seus problemas.
  9. Eu sentiria pena de José.
  10. Eu pensaria que José é o culpado da sua situação atual.
  12. Até que ponto se sentiria irritado com José?
  13. Até que ponto sentiria que José é perigoso?
  14. Até que ponto concorda que José deveria ser forçado a tratar-se com o seu médico mesmo que ele não quisesse?
  15. Eu penso que seria melhor para a comunidade onde José está inserido se ele fosse colocado num hospital psiquiátrico.
  16. Eu pegaria uma carona de carro com José, todos os dias.
  17. Até que ponto acha que um hospício, onde José pudesse estar afastado da sua vizinhança, seria o melhor local para ele?
  18. Eu me sentiria ameaçado por José.
  19. Até que ponto sentiria medo de José?
  20. Até que ponto estaria disposto a ajudar José?
  21. Até que ponto tem a certeza de que iria ajudar José?
  22. Até que ponto sentiria pena de José?
  23. Até que ponto acha que José é responsável pela sua situação atual?
  24. Até que ponto você se sentiria assustado por José?
  25. Se eu fosse responsável pelo tratamento de José, iria forçá-lo a viver numa moradia protegida para pessoas com transtornos mentais.
  26. Se eu fosse o proprietário, provavelmente alugaria um apartamento para José.
  27. Até que ponto me preocuparia com José?
- 

*Nota.* Fonte: Recuperado de “Versão brasileira do Attribution Questionnaire”, de A. A. Pereira, S. M. E. Santos, & R. M. D. de Faria, 2016, p. 327.

Tabela 2

Questionário A26B adaptado

- 
1. Você acha que precisa de ajuda?
  2. Qual o diagnóstico do seu transtorno?
  3. Você se sente um incômodo aos outros?
  4. Você sente que os outros te temem?
  5. Você sente que os outros têm raiva de você?
  6. Você se sente uma ameaça a sua vizinhança?
  7. Você já sentiu dificuldade em empregabilidade devido ao seu transtorno?
  8. Você já sentiu dificuldade em encontrar residência devido ao seu transtorno?
  9. Você sente que os outros têm pena de você?
  10. Você se acha culpado por sua situação atual?
  11. Você sente que os outros estão dispostos a ajudá-lo?
  12. O seu transtorno afeta a sua visão de si mesmo?
  13. A sua visão de si mesmo foi alterada positiva ou negativamente pelo seu transtorno?
  14. O seu transtorno afeta como os outros veem você?
  15. Você se preocupa com o que os outros pensam do seu transtorno?
  16. O que os outros pensam atrasou sua busca por ajuda?
  17. A sua busca por ajuda foi atrasada em que nível?
  18. O que os outros pensam já levou você a desistir do seu tratamento?
  19. O que os outros pensam já levou você a pensar em desistir do seu tratamento?
  20. O que os outros pensam já fez você duvidar da eficácia do seu tratamento?
  21. O que os outros pensam já lhe fez duvidar da competência dos profissionais que são responsáveis pelo seu cuidado?
  22. Você teme ser considerado "louco"?
  23. Você teme internação por seu transtorno?
  24. Você acha que seria melhor para todos se estivesse internado?
- Adiciona-se perguntas acerca da autoidentificação de raça, gênero e da condição socioeconômica do paciente, como dispostas no questionário socioeconômico do IBGE, a saber:
1. Sexo:
    - ( ) Masculino
    - ( ) Feminino
    - ( ) Outro
  2. Em relação à cor da pele, você se considera:
    - ( ) Branco
    - ( ) Pardo
    - ( ) Preto
    - ( ) Amarelo (oriental)
    - ( ) Vermelho (indígena)
  3. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar? (Considere a renda de todos que moram na sua casa.)
    - ( ) Até 1 salário mínimo (até R\$ 465,00 inclusive).
    - ( ) De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 465,00 até R\$ 930,00 inclusive).
    - ( ) De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 930,00 até R\$ 2.325,00 inclusive).
    - ( ) De 5 a 10 salários mínimos (de R\$ 2.325,00 até R\$ 4.650,00 inclusive).
    - ( ) De 10 a 30 salários mínimos (de R\$ 4.650,00 até R\$ 13.950,00 inclusive)
- 

## Análise Estatística

Para análise descritiva dos dados foram calculadas as médias, os desvios padrão e as medianas das variáveis quantitativas, utilizando-se, quando necessário, análise de variância para comparação de mais de duas médias e o teste de Student para a comparação de duas médias, e/ou teste do Qui-quadrado de Pearson, adotando-se para todos os testes o nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ). Na formação do banco de dados, foi utilizado o programa Epi Info. Portanto, todos os dados foram revisados por meio de dupla verificação.

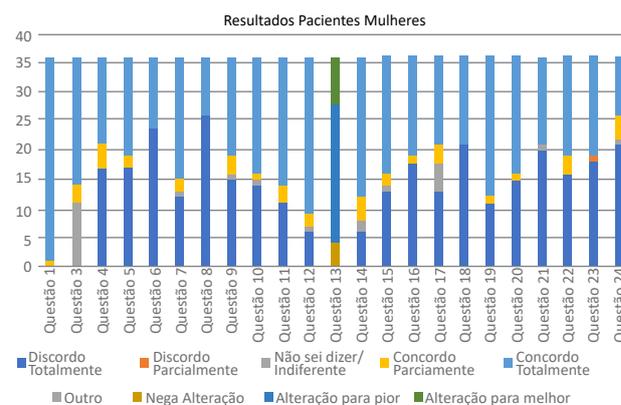
## Resultado Final

Os resultados indicam a ausência de uma correlação estatística relevante entre estigmatização e intenção/tempo/hesitação de procura e/ou aderência ao tratamento psiquiátrico, exceto em relação à população feminina, que demonstrou correlação relevante a respeito de considerar abandonar seu tratamento ( $p = 0,019$ ). Produziu-se então a tabela e gráfico relativos aos resultados dos questionários coletados dos acompanhantes (Tabela 3, relativa à Tabela 1) e os gráficos relativos aos pacientes divididos entre homens e mulheres (Gráficos 1, 2, 3, 4, 5 e 6, relativos à Tabela 2).

Em relação às Pacientes Femininas, a maioria reconheceu necessitar de ajuda para com seu transtorno (Tabela 2 – Q. 1) (Gráfico 1). Em relação ao quesito de autoestigma e impactos do estigma (Tabela 2 – Q. 3-15, 22-24), verificamos que a maioria sente como um incômodo para as pessoas ao seu redor, mas nega considerar-se uma ameaça para os outros, ou que os outros tenham significativa raiva contra elas; a maioria também concorda que os outros têm pena de si, e em grande parte há autoculpabilização pelo seu transtorno. Ao mesmo tempo, a maioria reconhece que a visão dos outros sobre si é alterada por seus transtornos, e admite se importar com a visão alheia sobre seu transtorno, e que o transtorno alterou sua autoimagem para pior (embora uma quantia significativa declare mudança para melhor); a maioria das participantes concordou que seu diagnóstico dificultou a obtenção de empregos, mas não de habitação, a maior parte residindo com a família (Gráfico 1). Em relação ao impacto do estigma no tratamento psiquiátrico (Tabela 2–Q. 16-21), não houve diferença significativa entre concordância e discordância acerca de atraso em buscar ajuda; a maioria negou desistência do tratamento, mas concordou em pensar em desistir e em questionar a eficácia do tratamento.

Gráfico 1

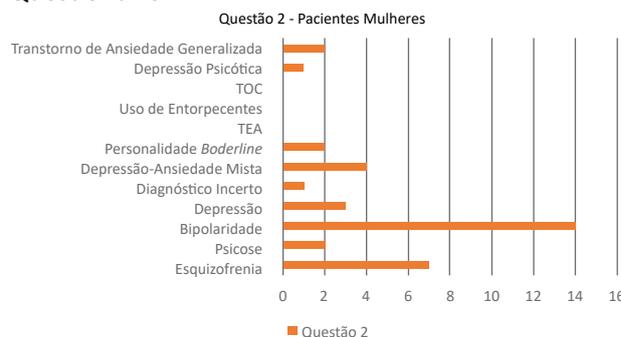
### Resultados das Pacientes Mulheres



Em relação aos diagnósticos das Pacientes Femininas (Tabela 2 – Q. 2), o transtorno mais relatado foi bipolaridade, seguido de esquizofrenia, transtorno misto depressivo-ansioso, depressão (e um caso de depressão psicótica, contado à parte), e, por fim, transtorno de personalidade *borderline*, ansiedade generalizada e psicose (sic) (Gráfico 2).

Gráfico 2

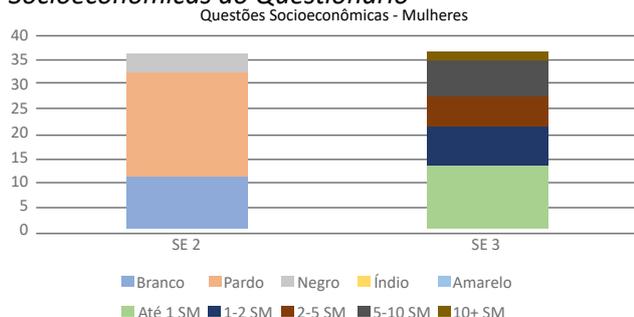
### Resultados das Pacientes Mulheres na Questão 2 do Questionário



Em relação às respostas das Pacientes Femininas ao questionário socioeconômico (Tabela 2 – S.E. 2 e 3), a maior parte declarou-se parda, seguida por brancos e, em menor número, negros; a maioria declarou receber até 1 salário-mínimo, seguida por 1-2, 2-5, uma parcela significativa de 5-10 e a absoluta minoria recebendo mais de 10 salários-mínimos (Gráfico 3).

Gráfico 3

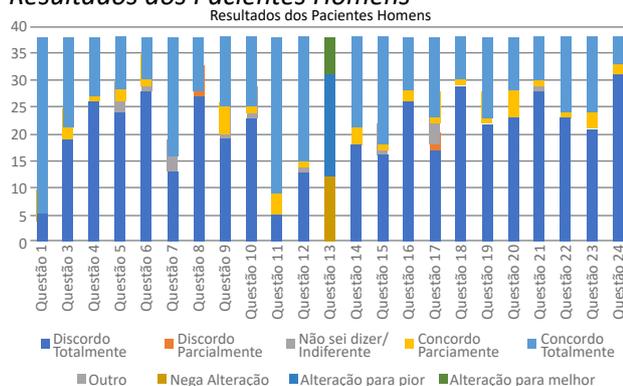
*Resultados das Pacientes Mulheres nas Questões Socioeconômicas do Questionário*



Em relação aos Pacientes Masculinos, a maioria reconheceu necessitar de ajuda para com seu transtorno (Tabela 2 – Q. 1) (Gráfico 4). Em relação ao quesito de autoestigma e impactos do estigma (Tabela 2 – Q. 3-15, 22-24), verificamos que a maioria nega sentir ser um incômodo para as pessoas ao seu redor, considerar-se uma ameaça para os outros, ou que os outros tenham significativa raiva contra eles; discorda também que os outros têm pena de si, e em grande parte nega autoculpabilização pelo seu transtorno. Ao mesmo tempo, a maioria reconhece que a visão dos outros sobre si é alterada por seus transtornos, e admite se importar com a visão alheia sobre seu transtorno, e que o transtorno alterou sua autoimagem para pior (embora uma quantia significativa declare mudança para melhor); a maioria esmagadora dos participantes concordou que seu diagnóstico dificultou a obtenção de empregos, mas não de habitação, a maior parte residindo com a família (Gráfico 4). Em relação ao impacto do estigma no tratamento psiquiátrico (Tabela 2 – Q. 16-21), a maioria negou todos os itens investigados.

Gráfico 4

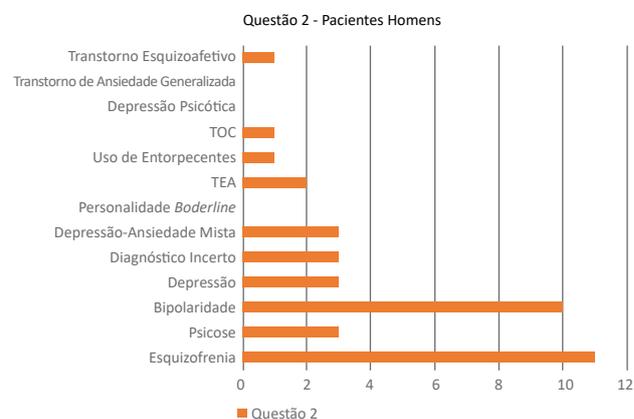
*Resultados dos Pacientes Homens*



Em relação aos diagnósticos dos Pacientes Masculinos (Tabela 2 – Q. 2), o transtorno mais relatado foi esquizofrenia, seguido de bipolaridade, e igualmente transtorno misto depressivo-ansioso, depressão e psicose (sic), seguidos pelos transtornos do espectro autista; seguem números iguais de esquizoafetivos, obsessivos-compulsivos e usuários de substâncias. Houve número significativo de pacientes que não souberam informar seus diagnósticos (Gráfico 5).

Gráfico 5

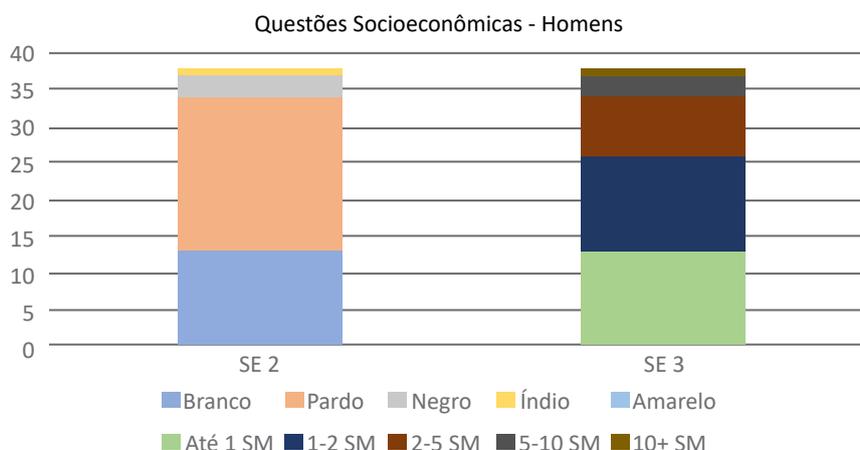
*Resultados dos Pacientes Homens na Questão 2 do Questionário*



Em relação às respostas dos Pacientes Masculinos ao questionário socioeconômico (Tabela 2 – S.E. 2 e 3), a maior parte declarou-se parda, seguida por brancos e, em menor número, negros e indígenas; a maioria declarou receber até 1 salário-mínimo, seguida por 1-2 em parcela significativa, 2-5, 5-10 em minoria e a absoluta minoria recebendo mais de 10 salários-mínimos (Gráfico 6).

Gráfico 6

*Resultados dos Pacientes Homens nas Questões Socioeconômicas do Questionário*



Em relação aos acompanhantes, os dados mostram considerável concordância em relação a intenção de ajuda, e discordância moderada ou indiferença em relação a medo, raiva e responsabilização dos pacientes psiquiátricos, ou intenções de institucionalização. Existe, porém, forte concordância com ações que retiram a autonomia do paciente, principalmente em relação à imposição de tratamentos.

**Tabela 3**  
*Resultados dos Acompanhantes*

Questão	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não sei dizer/ Indiferente	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente	Médias	Medianas	Desvios Padrão	Variância
Questão 1	39	20	2	7	2	1,757143	1	1,095917514	1,2010352
Questão 2	31	14	5	13	7	2,3	2	1,448137234	2,09710145
Questão 3	29	19	2	12	8	2,3	2	1,448137234	2,09710145
Questão 4	24	15	12	17	2	2,4	2	1,267200498	1,6057971
Questão 5	1	1	1	6	61	4,785714	5	0,678721243	0,46066253
Questão 6	25	12	6	13	14	2,7	2	1,59118951	2,53188406
Questão 7	10	13	7	16	24	3,442857	4	1,480655107	2,19233954
Questão 8	0	2	1	19	48	4,614286	5	0,665786168	0,44327122
Questão 9	24	13	3	16	14	2,757143	2	1,601047794	2,56335404
Questão 10	49	11	4	2	4	1,585714	1	1,109809451	1,23167702
Questão 11	18	17	16	18	1	2,528571	2,5	1,176107909	1,38322981
Questão 12	21	12	13	18	6	2,657143	3	1,371402691	1,88074534
Questão 13	8	4	5	17	36	3,985714	5	1,36724474	1,86935818
Questão 14	35	15	5	7	8	2,114286	1,5	1,419765822	2,01573499
Questão 15	12	11	5	14	28	3,5	4	1,558055272	2,42753623
Questão 16	36	13	8	7	6	2,057143	1	1,350101599	1,82277433
Questão 17	41	14	4	8	3	1,828571	1	1,215496899	1,47743271
Questão 18	22	15	12	18	3	2,5	2	1,293797914	1,67391304
Questão 19	0	0	3	19	48	4,642857	5	0,565575615	0,31987578
Questão 20	0	0	6	22	42	4,514286	5	0,653704209	0,42732919
Questão 21	21	13	6	17	13	2,828571	3	1,541422537	2,37598344
Questão 22	37	16	8	7	2	1,871429	1	1,14108299 1	1,30207039
Questão 23	27	14	10	16	3	2,342857	2	1,317504385	1,73581781
Questão 24	33	10	6	9	12	2,385714	2	1,581531611	2,50124224
Questão 25	12	12	2	14	30	3,542857	4	1,585127566	2,5126294
Questão 26	3	3	8	21	35	4,171429	4,5	1,076379177	1,15859213

## Discussão

Os aparentes resultados indicam a ausência de uma correlação estatística relevante entre estigmatização, isto é, caracterizações negativas em relação a transtornos psiquiátricos de origens externas ao paciente, e intenção/tempo/hesitação de procura e/ou aderência ao tratamento psiquiátrico, exceto em relação à população feminina, que demonstrou correlação relevante a respeito de considerar abandonar seu tratamento, como vê-se no Gráfico 1. Tal correlação é condizente com a literatura, como encontraram Gaudiano e Miller (2012) e Schomerus, Matsinger e Angermeyer (2009).

Schomerus, Matsinger e Angermeyer (2009) também chegaram ao mesmo resultado em relação à ausência de correlação relevante entre o estigma (externo ao indivíduo) e impactos na intenção e atraso da busca de ajuda profissional, atribuindo em parte às limitações de um estudo feito com a população geral através de meio telefônico. Esta pesquisa, porém, foi feita in situ numa instituição de saúde mental focada em casos graves e persistentes, não possuindo tais limitações em razão do perfil dos sujeitos pesquisados, portanto, não podendo corroborar nesta justificativa. No mesmo estudo, os autores também afirmam a importância do autoestigma, esse sim tendo grande influência em retardar buscas por ajuda, teorizando que a ausência de correlação seja, novamente levando em conta a população-alvo do estudo, devido à hesitação e/ou ao constrangimento das pessoas em se relacionar aos diagnósticos da saúde mental, e refletem na falta de atenção psicológica disponível a tais indivíduos, falta também veementemente frisada por Gaudiano e Miller (2012).

Em relação aos pontos de autoestigmatização, esta pesquisa revelou resultados interessantes: mais uma vez corroboramos a literatura, com uma expressiva maioria dos pacientes entrevistados concordando com itens indicadores da variável, e evidenciando uma maior relevância do estigma interno em relação ao externo, como demonstra-se nos Gráficos 1 e 4.

Em relação à ausência de correlação entre estigma e danos mensuráveis ao tratamento psiquiátrico na maior parte das métricas, haja vista

diferirmos das conclusões/justificativas/contextos das literaturas consultadas, levantamos outras possibilidades: a princípio um *setting* de CAPS pode gerar vieses devido à natureza dos casos atendidos (transtornos graves e persistentes), a gravidade dos quadros podendo sobrepor à resistência inicial de busca por ajuda. Adiciona-se também a diferença da evolução da ciência da saúde mental no Brasil para com a literatura consultada, principalmente europeia (portuguesa) e americana; pode ser feita a argumentação, corroborada por Pescosolido (2013), de que essa ausência de correlação seria um resultado das políticas públicas de desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, da luta antimanicomial e da criação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (incluindo os CAPS como instituições), seguindo a lógica de que muito da estigmatização da doença mental seria em razão da institucionalização. Como salientou Foucault, em sua obra *A História da Loucura* (1978), a loucura foi herdeira da lepra, um mal grande e complexo demais para ser compreendido, que deveria, portanto, ser separada dos “sãos”.

A ausência de correlação seria, por essa óptica, uma vitória do Sistema Único de Saúde e suas políticas públicas para com a saúde mental, indicando que as iniciativas de desinstitucionalização ocorridas nas décadas de 1990 e 2000 tiveram um impacto positivo na percepção ampla (e, portanto, em seus efeitos) da doença mental na sociedade brasileira.

A respeito de um perfil de maior estigmatização entre os pacientes, ambos os sexos foram igualmente representados, com um número grande de esquizofrênicos (majoritariamente homens), bipolares (majoritariamente mulheres) e depressivos/ansiosos com transtornos de gravidade variada, como mostram os Gráficos 2 e 4. Enquanto os dados dos pacientes bipolares são condizentes com as expectativas demográficas, o número inflado de pacientes esquizofrênicos pode ser em razão de uma suposta conduta “liberal” de diagnóstico por parte dos serviços de emergência psiquiátrica ao lidar com casos de psicose, tais diagnósticos e condutas muitas vezes sendo corrigidos posteriormente no acompanhamento ambulatorial.

Socioeconomicamente, a imensa maioria dos pacientes se declara parda ou preta, e tem renda familiar mensal de 2 salários-mínimos ou menos, como mostram os gráficos 3 e 6.

Os dados dos acompanhantes, como mostra a Tabela 3, mostram forte concordância em relação à intenção de ajuda, e discordância moderada ou indiferença em relação a medo, raiva e responsabilização dos pacientes psiquiátricos, ou intenções de institucionalização. Existe, porém, forte concordância com ações que retiram a autonomia do paciente. Mais uma vez, reflete-se acerca do viés de um *setting* de CAPS, que traz necessariamente pacientes em quadros cronicados e/ou graves.

## Conclusão

A estigmatização da doença mental, como explorado ao longo deste projeto de pesquisa, é importante substrato de estudo no campo psiquiátrico-psicológico, principalmente no que tange a condutas e resultados. Apesar disso, este trabalho não encontrou correlação relevante entre estigmatização e taxas de sucesso ou fracasso em tratamentos, exceto em relação à população feminina, que demonstrou correlação relevante a respeito de considerar abandonar seu tratamento.

## Referências

Barbosa, T., Marques, A., & Queirós, C. O estigma na doença mental em estudantes do ensino superior da área da saúde e social. *Anais do Sétimo Colóquio Internacional de Esquizofrenia do Porto*, Porto.

Feijo, L. P., Motta S. G., Saldanha, R. P., Kubrusly, M., & Augusto, K. L. (2019). Diminuição do estigma sobre transtorno mental após internato em psiquiatria do curso de medicina de duas instituições em Fortaleza (CE). *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(4), 141-150. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4rb20190027>

Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. Perspectiva.

Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2012). Self-stigma and attitudes about treatment in depressed patients in a hospital setting. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(6), 586-591, 2012. doi:10.1177/0020764012446404

Gil, I. M. de A., Santos, J. C. P. dos, & Loureiro, L. M. de J. (2016). Estigma em estudantes de enfermagem: antes e depois do contacto com pessoas com transtornos mentais. *Enfermagem UERJ*, 24(1), e12309. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.12309>

Hirdes, A., & Scarparo, H. B. K. (2015). O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 383-393. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>

Medeiros, B., & Foster, J. (2014). A doença mental no idoso: representações sociais de estudantes de medicina no Reino Unido. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(n. spe2), 132-138. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800020>

Moreira, V., & Melo, A. K. (2008). “Minha doença é invisível!”: revisitando o estigma de ser doente mental. *Interação em Psicologia*, 12(2), 307-314. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v12i2.7289>

Noronha Júnior, M. A. G., Braga, Y. A., Marques, T. G., Silva, R. T., Vieira, S. D., Coelho, V. A. F., Gobira, T. A. A., & Regazzoni, L. A. A. (2015). Depressão em estudantes de medicina. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4), 562-567.

Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa saúde mental sem estigma: efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 30-37.

Pereira, A. A., Santos, S. M. E., & Faria, R. M. D. de. (2016). Versão brasileira do Attribution Questionnaire. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(4), 314-21.

Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1-21. doi:10.1177/0022146512471197

- Querido, A., Tomas, C., & Carvalho, D. (2016). O Estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (spe3), 67-72. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0120>.
- Rocha, F. L., Hara, C., & Paprocki, J. (2015). Doença Mental e Estigma. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4), 590-596.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(5), 298-306. doi:10.1007/s00406-009-0870-y
- Spadini, L. S., Souza, M. C. B. de M. e. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 123-127. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100018>
- Xavier, S., Klut, C, Neto, A., Ponte, G. da, & Melo, J. C. (2013). O estigma da doença mental: que caminho percorremos? *Psilogos*, 11(2), 10-21.