

O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos?

Mental Health Stigma: Where do We Stand?

Salomé Xavier^{*✉}, Catarina Klut*, Ana Neto*, Guida da Ponte**, João Carlos Melo*

RESUMO

O estigma da doença mental tem sido alvo de crescente atenção nos últimos anos, com um aumento exponencial de publicações sobre o tema. Este fenómeno constitui para os doentes uma fonte de sofrimento, representando um obstáculo à concretização de projectos pessoais e à integração social plena, objectivo principal da prática psiquiátrica actual. Neste artigo, os autores fazem uma revisão selectiva do tema do estigma da doença mental, abordando as suas definições, origens, repercussões, vivências dos doentes e abordagens para o combater. A literatura revela tratar-se de um fenómeno complexo, cujas definições provêm de diferentes campos do conhecimento (sociologia, psicologia e psiquiatria). O seu impacto na vida das pessoas com doença mental é evidente, condicionando perda de oportunidades, prejuízo da auto-estima e auto-conceito, qualidade de vida, suporte social e *empowerment* e actuando como uma barreira ao desempenho dos papéis sociais habituais. O estigma parece ainda comprometer o acesso a cuidados de saúde, não apenas ao tratamento psiquiátrico, mas também a cuidados médicos gerais, com aumento da morbilidade e mortalidade desta população vulnerável. Tem sido dedicado um considerável esforço à compreensão deste fe-

nómeno e ao delinear de estratégias anti-estigma, que passam também pela sensibilização dos profissionais de saúde para o tema, tendo em vista a melhoria da prática clínica e qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-Chave: Estigma; Doença Mental; Estratégias Anti-estigma

ABSTRACT:

Mental illness stigma has been the focus of increasing attention in the past few years, with an exponential increase in scientific publications on the subject. This phenomenon is a source of suffering for the patient undermining the achievement of personal goals and full social integration. In this article, the authors present a selective review of the literature on mental illness stigma, going through its definition, origins, repercussions, patients' subjective experiences and strategies to challenge stigma. The literature presents stigma as being a complex phenomenon, whose definitions derive from different epistemological roots (sociology, psychology and psychiatry). Its impact on the lives of people with a mental illness is well acknowledged and seems to translate into decreased oppor-

*Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE. ✉salomexavier@hotmail.com

**Serviço de Psiquiatria, Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

Recebido / Received: 29/12/2013 - Aceite / Accepted: 06/05/2014

tunities, loss of self-esteem and self-concept, decreased quality of life, social support and empowerment, thus limiting the adoption or performance of regular social roles. Stigma has also been shown to compromise access to health care, not only psychiatric treatment but also general medical care, thus increasing the morbidity and mortality in this vulnerable population. A considerable amount of effort has been put into the comprehension of this phenomenon and to designing strategies for fighting stigma, which also include promoting health-care professionals' awareness of the topic in order to improve clinical practice and global quality of care.

Key-Words: *Stigma; Mental Illness; Anti-stigma Strategies*

INTRODUÇÃO

O termo estigma deriva do grego antigo *steizen*, que designa a marca que era gravada no corpo de escravos e criminosos, destinada a assinalar aos cidadãos que aqueles eram membros da sociedade com menor valor. O seu derivativo em latim, *stigma*, passou então a traduzir o conceito de “marca de infâmia ou ignomínia”¹.

Apesar do estigma da doença mental não decorrer da presença de uma marca física óbvia e permanente, constitui para os doentes uma importante fonte de sofrimento, com múltiplas repercussões, representando um obstáculo à concretização de projectos pessoais e um entrave no acesso aos cuidados de saúde, capaz ainda de minar a auto-estima e o auto-conceito da pessoa.

O recente enfoque numa psiquiatria estruturada sobre uma base comunitária, que visa a reabilitação psicossocial e a integração do doente na sociedade, tem atraído atenções para o tema do estigma e as suas implicações nestes processos.

OBJECTIVOS

Neste artigo, os autores pretendem fazer uma revisão selectiva do tema do estigma da doença mental, abordando as suas definições, origens (históricas e sociais) e repercussões, bem como as experiências dos doentes e as estratégias para o combater.

MÉTODOS

Foi efectuada uma pesquisa na literatura de artigos publicados até Outubro de 2012, através da PubMed, utilizando as palavras-chave: estigma, doença mental e discriminação, bem como manuais de referência relativos a estas temáticas. Os resumos dos artigos foram avaliados e seleccionados de acordo com o seu conteúdo e adequação aos objectivos da revisão.

RESULTADOS

Estigma da Doença Mental: Definição(ões)

Erving Goffman, eminente sociólogo, pode ser considerado um dos pioneiros no estudo do fenómeno do estigma, na doença mental e noutros campos. Na sua obra seminal “*Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*”², o autor define sinteticamente o estigma como “...um atributo profundamente oneroso...” cujo portador “...é reduzido, nas

nossas mentes, de uma pessoa completa e normal para uma pessoa maculada, diminuída.”
. Demonstra ainda, de uma forma clara, a magnitude que este fenómeno pode assumir: “Por definição... nós (referindo-se aos “normais”) acreditamos que a pessoa com um estigma não é bem humana. Baseados nesta assumpção, exercemos variadas formas de discriminação... que reduzem as suas oportunidades na vida... Construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e que justifique o perigo que representa... Usamos termos específicos estigmatizantes... Imputamos-lhe um vasto conjunto de imperfeições com base na imperfeição original...”^{2#}.

Mais recentemente, Link e Phelan³ conceptualizaram o estigma como decorrente de um conjunto de componentes inter-relacionados, nomeadamente a atribuição de um “rótulo” às diferenças inter-individuais tidas como socialmente relevantes, a associação desse “rótulo” a características indesejáveis de acordo com estereótipos negativos culturalmente vigentes, a distinção entre o “nós” e “eles”, a perda de *status* e a discriminação que conduz a perda de oportunidades daqueles que são estigmatizados. Os autores enfatizam que a estigmatização é inteiramente contingente a assimetrias de poder em termos sociais, económicos ou políticos. No capítulo da discriminação, Link e Phelan distinguem a discriminação individual da discriminação estrutural. Enquanto que a primeira é vivida na primeira pessoa, a segunda manifesta-se de forma indirecta, conjuntural. No caso da doença mental, a discriminação estrutural envolve, por exemplo, a alocação de menos recursos à área da saúde

mental comparativamente a outras áreas da saúde. De referir que os autores, numa revisão do seu próprio modelo⁴, salientaram que a vivência afectiva e as respostas emocionais, quer dos indivíduos que estigmatizam (raiva, piedade, medo), quer dos que são estigmatizados (vergonha, medo, alienação), são aspectos críticos na compreensão do seu comportamento. A mais-valia das definições de estigma que, tal como a de Link e Phelan, permitem analisar e operacionalizar os diferentes elementos do processo de estigmatização, consiste na possibilidade de melhor compreender este fenómeno e desenhar programas anti-estigma mais específicos e dirigidos a cada uma das fases desse processo⁵.

Corrigan, psiquiatra que também se tem dedicado extensamente ao estudo do estigma da doença mental, deu importantes contributos para a sua definição. Este autor decompõe o processo de estigmatização em quatro componentes: “indícios”, estereótipos, preconceitos e discriminação. Assim, os “indícios” são indicadores manifestos que podem assinalar a presença de doença mental (por exemplo, excentricidades do comportamento), embora de forma falível. Os estereótipos consistem em “estruturas de conhecimento”, generalizadas, relativas a um determinado grupo social, enquanto que o preconceito abrange as respostas cognitivas e afectivas negativas ao estereótipo, que conduzem a um comportamento activo de exclusão ou evitamento, a discriminação⁶. Apesar da definição de Corrigan se focar essencialmente em aspectos cognitivos e comportamentais e a de Link e Phelan em aspectos sociais, é possível estabelecer várias pontes entre as duas concepções⁷.

Corrigan introduziu a dimensão do estigma infligido pelo próprio doente, o “auto-estigma”, distinguindo-o do estigma público com recurso a exemplos de estereótipos e suas possíveis repercussões. Assim, o estigma público refere-se a uma forma de estigma dirigida da população geral para os doentes mentais (“eu acho que as pessoas com doença mental são perigosas, o que faz com que eu tenha medo delas e por isso não as quero perto de mim e não lhes ofereço emprego”). O segundo refere-se ao conceito do indivíduo relativamente a si próprio, enquanto doente, resultante da internalização dos estereótipos negativos vigentes (“as pessoas com doença mental são incompetentes; se eu tenho uma doença mental, sou incompetente e por isso não vale a pena tentar encontrar um emprego”)⁶. Portanto, apesar de ambas as dimensões do estigma comprometerem as oportunidades de vida e os projectos dos doentes, o auto-estigma afecta mais profundamente a sua auto-estima e o seu auto-conceito.

Origens Históricas e Sociais do Estigma

Segundo Stephen Hinshaw, autor da obra *“The Mark of Shame”*⁸, a história da doença mental tem sido dominada pelo confronto entre uma perspectiva sobrenatural/moral da doença mental e a perspectiva científica, bem como entre tratamentos humanos e “tratamentos” punitivos, em diferentes épocas. No mundo grego, Hipócrates contrariou as teorias demonológicas vigentes, que defendiam que a doença mental resulta da possessão por espíritos malignos, em prol de uma concepção médica. Mas a teoria demonológica rapidamente voltou a ser defendida. Celsus, médico

romano, preconizava que os indivíduos com doença mental deveriam permanecer acorrentados, privados de alimentos, na escuridão. Já na Idade Média, e com o advento e generalização do Cristianismo, as concepções morais tornaram-se predominantes, sendo a doença mental novamente conceptualizada como resultado da influência demoníaca. Simultaneamente assistiu-se ao desenvolvimento dos cuidados aos doentes mentais, prestados inicialmente em mosteiros e posteriormente em estruturas asilares. Com o Iluminismo e a defesa dos direitos humanos, Pinel introduziu o conceito de “tratamento moral”, defendendo que as pessoas afectas de doença mental deveriam ser cuidadas de forma humana, sem qualquer recurso à crueldade. No entanto, este modelo não se generalizou, perdurando práticas de enclausuramento, abandono e violência. A era dos asilos manteve-se até meados do século XX, com a limitação das verbas alocadas à saúde mental a condicionar a construção de instituições centralizadas e de grandes dimensões, desumanizantes⁸. O movimento da psiquiatria comunitária veio defender o desmantelamento dos asilos, defendendo a reabilitação e a reintegração social dos doentes. Mas com este movimento surgiram novos desafios, sendo o estigma, sem dúvida, um dos mais significativos.

Numa abordagem distinta às origens do estigma, Phelan *et al*⁹ procuraram compreender quais as fontes do estigma, que “funções” desempenha na sociedade. Assim, propuseram três “funções” principais para o estigma e o preconceito: exploração/domínio, reforço das normas sociais, evitamento de doença. Na “função” de exploração/domínio, o estigma é

conceptualizado como o resultado das ideologias dos grupos sociais dominantes, com vista a legitimar o seu domínio sobre grupos sociais com menor poder e recursos (neste particular, apontam como exemplo genérico o racismo como um dos fundamentos usados no passado para legitimar a importância económica da escravatura nos EUA). Já a “função” de reforço das normas e da moralidade está subjacente à ideia de que os desvios das regras sociais – tendencialmente interpretados como voluntários – são julgados como inaceitáveis. Adicionalmente, estes desvios são (in)compreendidos como falhas morais ou de carácter, como é exemplo a depressão. A “função” de evitamento de doença é mais complexa que as anteriores propostas e procura entender o estigma do ponto de vista biológico, de acordo com hipóteses sugeridas por correntes da psicologia evolutiva. Assim, pela semelhança com manifestações comportamentais associadas a doenças infecciosas, a doença mental causaria uma repulsa e afastamento mantido ao longo da evolução da espécie humana.

Estereótipos, Preconceitos e Discriminação: As Repercussões do Estigma

Os estereótipos relativos à doença mental encontram-se bem documentados na literatura. Os indivíduos com doença mental são tidos como perigosos, imprevisíveis, responsáveis pela sua doença, preguiçosos ou vítimas dignas de pena, e é de forma pouco crítica que estas noções são também veiculadas pelos meios de comunicação social, contribuindo para a manutenção destes estereótipos^{10,11,12,13}.

A evolução das atitudes em relação à doença mental tem sido lenta, por vezes mesmo inexistente. Segundo Angermeyer *et al*¹⁴, existe ainda uma proporção significativa da população geral que não sabe reconhecer os sinais e sintomas de doenças mentais específicas. Ainda assim, parece existir uma diminuição do hiato entre as crenças da população geral em relação à doença mental e o conhecimento científico, que no entanto não parece ter uma clara tradução em termos da mudança de atitude. Apesar da maioria das pessoas reconhecer a necessidade de prestar auxílio, o medo e o perigo associados aos indivíduos com doença mental continuam a impedir esta proximidade. No entanto, estas reacções parecem estar relacionadas com diagnósticos específicos. Siltan *et al*¹⁵ verificaram que, comparando dados da população americana relativas ao período entre 1996 e 2006, parece existir uma diminuição ao longo do tempo do desejo de distância social em relação a pessoas com quadros de depressão ou alcoolismo, mas não no caso da esquizofrenia, onde se observa um aumento que os autores relacionam com a crença na perigosidade associada a este diagnóstico. A ignorância relativa às doenças mentais e ao seu tratamento é ainda muito evidente, mesmo nos países desenvolvidos, como mostram Thornicroft e Mehta¹⁶, acrescentando que os “problemas no conhecimento” (ignorância), a par dos “problemas de atitudes” (preconceito) e dos “problemas do comportamento” (discriminação), são os três pilares do estigma. Já o conceito de preconceito, tal como proposto por Corrigan (emoções associadas ao estereótipo), parece ter sido menos explorado,

apesar de ser apontado por alguns autores¹⁷ como mais importante na discriminação que os estereótipos. As emoções dominantes podem ser a raiva, o medo, a ansiedade ou a tristeza, conforme a experiência de contacto com o grupo estigmatizado ou a percepção da ameaça que este representa¹⁶.

A discriminação das pessoas com doença mental afecta não só indivíduos com patologias graves, mas também com outras condições psiquiátricas, como formas mais ligeiras de depressão ou de ansiedade¹⁸. Os seus efeitos, que se manifestam nas mais diversas facetas da vida dos doentes, estão bem documentados¹⁹. Meta-análises^{20,21} recentes têm mostrado o impacto da discriminação em áreas tão díspares como o auto-conceito e os rendimentos económicos. Relativamente ao auto-conceito, Livingston e Boyd²⁰ mostraram que existe uma correlação negativa robusta entre auto-estigma e um conjunto de variáveis como auto-estima, auto-eficácia, qualidade de vida, suporte social e *empowerment*. Já Sharac *et al*²¹ demonstraram o impacto negativo no estigma no emprego, rendimentos, alocação de recursos aos cuidados de saúde mental e custos de saúde.

No âmbito da prestação de cuidados de saúde mental, o estigma tem um impacto considerável logo a partir do momento da decisão de pedir ajuda especializada. Apesar da perspectiva mais generalizada ser a de que o estigma é sempre uma barreira no acesso aos cuidados, Mojtabai²² defende que esta pode ser uma conclusão algo “ingénua”. O autor, num estudo com uma amostra de 29 248 habitantes da União Europeia, mostra que a procura de cuidados especializados depende

do conteúdo dos estereótipos do indivíduo e da comunidade em que este se insere. Assim, considerar que uma pessoa com doença mental é perigosa e que não tem possibilidade de recuperação aumenta a procura de cuidados, enquanto que considerar que o indivíduo é responsável pela sua própria condição diminui essa procura. Apesar destes resultados serem aparentemente contra-intuitivos, parece não existir uma relação linear entre os estereótipos e a procura de cuidados, o que poderá reflectir o significado particular do estereótipo para o indivíduo e a sua comunidade.

Numa perspectiva mais lata no que respeita à relação entre estigma e saúde mental, Mak *et al*²³ verificaram que o estigma tem uma correlação mais forte com indicadores positivos de saúde mental (adaptabilidade, crescimento pessoal) do que com indicadores negativos (mal-estar psicológico), o que sugere que o estigma, embora cause significativo sofrimento psicológico, tem um efeito ainda mais deletério na obtenção de uma saúde mental plena. O estigma pode ainda comprometer o tratamento da doença mental, favorecendo o atraso na sua instituição e diminuindo a adesão terapêutica²⁴.

É necessário, no entanto, não perder de vista uma questão extremamente importante: o estigma do qual os indivíduos com doença mental são alvo não condiciona apenas o tratamento psiquiátrico, mas também os cuidados médicos gerais. Quem sofre de doença mental tem maior probabilidade de vir a padecer de doença orgânica devido ao subdiagnóstico e sub-tratamento e de sofrer uma morte prematura²⁵.

O Estigma “Visto por Dentro”: A Contribuição dos Estudos Qualitativos

Os estudos do estigma na doença mental têm incidido essencialmente sobre os estereótipos da população geral relativamente à doença mental e como estes determinam a discriminação de que os doentes são alvo. No entanto, tem surgido nos últimos anos uma tendência para abordar o estigma da perspectiva dos próprios doentes, com recurso a metodologias qualitativas. Estas abordagens, que diferem ontológica e epistemologicamente do método científico e são desenvolvidas sobretudo pelas ciências sociais, baseiam-se em correntes construtivistas e fenomenológicas. Os estudos qualitativos permitem caracterizar e compreender as “experiências, atitudes e comportamentos” dos indivíduos²⁶ e têm permitido o acesso na primeira pessoa ao processo e à experiência do estigma das pessoas com doença mental, inclusivamente das suas famílias, como nos mostra um crescente conjunto de interessantes estudos qualitativos²⁷⁻³¹. Num destes estudos, Schulze e Angermeyer³² procuraram compreender a experiência de estigma de doentes com esquizofrenia, as suas famílias e os profissionais de saúde, recorrendo a *focus groups*. Os autores identificaram, com base nas descrições dos participantes, quatro dimensões do estigma: a interacção interpessoal, a imagem pública da doença mental, a discriminação estrutural e o acesso a papéis sociais. Sobre a interacção interpessoal, os doentes relatam, por exemplo, como a doença condicionou a diminuição dos contactos sociais e a alteração da sua identidade social, para além da discriminação e da necessidade de secretis-

mo relativamente ao diagnóstico. A imagem pública da doença mental, nomeadamente o estereótipo de que os doentes com esquizofrenia são perigosos e violentos, não só é uma fonte de sofrimento para estes doentes, como contribui para um clima social hostil, entre outras consequências. Já a discriminação estrutural resulta da percepção de que há uma distribuição desigual dos recursos nos cuidados de saúde em detrimento da saúde mental. Para além disso, os doentes sentem que os próprios valores da sociedade actual – materialismo, desejo de sucesso económico, competitividade – dificultam a sua integração e reconhecimento social. Por fim, o acesso aos papéis sociais traduz a experiência de confronto com barreiras no acesso ao emprego e na aquisição ou manutenção de relações afectivas. Outra das conclusões interessantes deste estudo é a forma como os três grupos valorizam distintamente cada uma das dimensões identificadas. Embora a dimensão globalmente mais valorizada seja a da interacção interpessoal, os profissionais de saúde dão mais importância que os restantes grupos à imagem pública da doença, os familiares à discriminação estrutural e os doentes ao acesso aos papéis sociais.

De referir que também em Portugal têm sido feitas incursões no estudo qualitativo do estigma nos cuidados de saúde mental. Neto *et al* estudaram as experiências em doentes do Hospital de Dia do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, com recurso a metodologias qualitativas (observação participante num grupo terapêutico) (dados ainda não publicados).

Estratégias para Combater o Estigma da Doença Mental

Actualmente, a principal tendência no combate ao estigma preconiza a conceptualização dos diferentes factores contributivos e a complexidade da sua interacção. De acordo com Pescosolido *et al*³³, é necessário adoptar um modelo explicativo abrangente relativo ao fenómeno do estigma: “Ignorar a complexidade do estigma não permite a apreciação dos matizes de compreensão, políticas ou intervenções necessárias para corresponder à realidade”***. Estes autores propõem um modelo conceptual a que designaram FINIS (*Framework Integrating Normative Influences of Stigma*), que reúne uma série de factores que poderão contribuir para o estigma³³. Também Byrne¹² defende uma abordagem multifactorial, com intervenções a múltiplos níveis, desde a psicoeducação individual até à participação em programas de intervenção destinados à população geral. Adicionalmente, defende que devem existir intervenções dirigidas a grupos-alvo específicos, moduladas às suas características. Nawka e Reiss³⁴ salientam a importância de estimular a participação conjunta dos doentes, dos seus familiares, dos profissionais de saúde e da população geral, numa abordagem a que designaram o “modelo do tetrólogo”.

Considerando estratégias pragmáticas no combate ao estigma, Arboleda-Florez¹ apresenta seis propostas, nomeadamente a educação (aumentar a literacia em saúde mental), o protesto (atitude aberta e assertiva contra as representações da doença mental sob a forma de estereótipos negativos), o contacto (promoção de interacções positivas entre indivíduos

com doença mental e a população geral), a reforma legislativa (criação de leis anti-discriminação), a defesa dos direitos dos doentes (acções que garantam os direitos e a plena cidadania dos indivíduos com doença mental, ou que lhes permitam lutar contra políticas ou procedimentos discriminatórios) e o manejo do auto-estigma (desenvolvimento da capacidade dos doentes para encontrarem “novos significados pessoais e papéis sociais valorizados”)¹. Sobre a abordagem do auto-estigma em particular, Corrigan e Rao³⁵ defendem que o *empowerment* dos doentes é como que o “reverso da medalha” do estigma, pois visa promover o desenvolvimento de capacidades e competências, contribuindo para a melhoria da auto-estima e da qualidade de vida.

À medida que novas estratégias anti-estigma vão sendo desenvolvidas e que novas campanhas são colocadas em prática, torna-se possível avaliar os seus resultados e compreender a sua maior ou menor eficácia, de forma a melhorá-las. Corrigan defende um conjunto de cinco princípios para a eficácia das iniciativas anti-estigma, sob o acrónimo de TLC3 “*targeted, local, credible, continuous contact*”³⁶. Assim, as intervenções mais eficazes serão as que se destinam a grupos-alvo específicos, a nível local, com pessoas credíveis (no sentido em que devem ter características semelhantes às do grupo alvo, como, por exemplo, a profissão, e passar a mensagem de que é possível recuperar de uma doença mental), com um contacto mantido ao longo do tempo. Também Sartorius³⁷, numa reflexão sobre os resultados da campanha *Open the Doors*, da Associação Mundial de Psiquiatria, sublinha, entre outros aspectos, a necessidade de ter em conta as

necessidades dos próprios doentes e das suas famílias, e quais as suas prioridades de intervenção. No sentido de perceber precisamente a perspectiva dos doentes, vão surgindo estudos como o de Pinfold *et al*³⁸, em que, com recurso a metodologias qualitativas, foi possível definir a “agenda” de intervenção dos doentes. Neste estudo a estratégia anti-estigma mais valorizada pelos doentes (51%) foi a reforma institucional dos cuidados de saúde mental. Segundo os autores, este facto ilustra a importância atribuída à qualidade dos cuidados de saúde e de como todos os técnicos de saúde, independentemente da sua área de especialização, podem contribuir activamente para a crescente melhoria dos mesmos.

CONCLUSÕES

O estigma da doença mental é um fenómeno tão antigo quanto complexo, cujas definições provêm de diferentes campos do conhecimento, desde a sociologia, à psicologia e à psiquiatria. Mesmo sem uma definição consensual, não existem controvérsias no que respeita ao impacto do estigma na vida das pessoas com doença mental. De facto, o estigma já foi considerado como “uma segunda doença” (Finzen, citado por Angermeyer³²) e “o obstáculo mais importante na provisão de cuidados de saúde mental” (Sartorius³⁹). A comunidade científica tem dedicado um considerável esforço à compreensão deste fenómeno e ao delinear de estratégias anti-estigma, contando também com o aporte dos estudos qualitativos. No entanto, é necessário não perder de vista o “palco” em que o estigma efectivamente se desenvolve, o da vida quotidiana. Segundo as

palavras de Yang, Kleinman *et al*, o estigma é uma “experiência moral”, pois afecta “aquilo que mais importância tem para as mulheres e os homens comuns... oportunidades de vida, saúde, emprego...”⁴⁰.

Na perspectiva dos autores, combater o estigma é algo para o qual todos os profissionais de saúde podem contribuir, procurando uma melhor compreensão do fenómeno, mas principalmente através da sua prática clínica quotidiana, eminentemente humana e relacional. É na interacção com os doentes, com as famílias e com os restantes profissionais de saúde que se vão forjando as bases da luta contra o estigma, através da educação relativa à doença mental. Nessa senda, torna-se particularmente importante sublinhar a distinção entre o ter uma doença mental e ser um doente mental, uma diferença aparentemente subtil, mas com amplas implicações. É necessário demonstrar, de forma clara, que as pessoas transcendem as suas doenças e que reforçar esta ideia não é apenas um contributo para diminuir a discriminação associada à doença, mas cumpre também uma importante função terapêutica.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / References

1. Arboleda-Florez, Stuart H. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. *Can J Psychiatry*, 2012; 57(8): 457-463.
2. Goffman E. *Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books, 1963.
3. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*, 2001; 27: 363-85.
4. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 2004; 30(3): 511-541.
5. Angermeyer MC, Matschinger H. Labeling-stereotype-discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 10: 391-395.
6. Corrigan P, How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 2004; 59(7): 614-625.
7. Rüsçh N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental health stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 2005; 20:529-539.
8. Hinshaw SP. *The Mark of Shame – Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. New York: Oxford University Press, 2007, pp 53-69.
9. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Social Science and Medicine*, 2008; 67:358-367.
10. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: a review and critique. *J Ment Health*, 1997; 6:345-354.
11. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1997; 90: 618-621.
12. Byrne P. Stigma and mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2000; 6:65-72.
13. Arboleda-Flórez. What causes stigma? *World Psychiatry*, 2002; 1(1): 25-26.
14. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 163-179.
15. Siltan NR, Flannelly KJ, Milstein G, Vaaler ML. Stigma in America: Has Anything Changed? Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on the Desire for Social Distance: 1996 and 2006. *J Nerv Ment Dis*, 2011; 99(6): 199: 361.
16. Thornicroft G, Mehta N. Reducing stigma and discrimination. In: Thornicroft G, Szmulker G, Mueser KT, Drake RE (eds.) *Oxford Textbook of Community Mental Health*, pp.260-262. New York: Oxford University Press, 2011.
17. Dovidio J, Brigham JC, Johnson BT, Gaertner SL. Stereotypes, prejudice and discrimination: another look. In: McCrae N, Stangor C, Hewstone M (eds.) *Stereotypes and Stereotyping*, pp 276-379. New York: Guilford, 1996.
18. Kassam A, Williams J, Patten S. Perceived discrimination among people with self-reported emotional, psychological or psychiatric conditions in a population-based sample of Canadians reporting a disability. *Can J Psych*, 2012; 57(2): 102-1120.
19. Thornicroft G. *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. New-York: Oxford University Press, 2006.
20. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 2010; 71: 2150-2161.
21. Sharac J, McCrone P, Clement S, Thornicroft G. The economic impact of mental health stigma

- and discrimination: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 2010; 19(3): 223-32.
22. Mojtabai R. Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Soc Psychiat Epidemiol*, 2010; 45:705-712.
 23. Mak WWS, Poon CYM, Pun LYK, Cheung SF. Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science and Medicine*, 2007; 65:245-261.
 24. Shrivastava A *et al.* Stigma of mental illness-1: Clinical reflections, *Mens Sana Monograph* 2012, 10(1): 70-84.
 25. Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv*, 1996; 47(12): 1356-1363.
 26. Huston P. Qualitative studies: their role in medical research. *Can Fam Phys*, 1998; 44: 2453-2458.
 27. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2004; 184: 176-181.
 28. Angermeyer MC, Schulze B, Dietrich S. Courtesy stigma: a focus group study of relatives of schizophrenic patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003; 38: 593-602.
 29. Gonzalez-Torres MA, Oraa R, Aristegui M, Fernández-Rivas A, Guimon J. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. A qualitative study with focus groups. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2007; 42: 14-23.
 30. Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43 (Supl.1):101-108.
 31. Kapungwe A *et al.* Mental illness – stigma and discrimination in Zambia. *Af J Psychiatry*, 2010; 13: 192-203.
 32. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma: a focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science and Medicine*, 2003; 56: 299-312.
 33. Pescosolido BA, Martin JK, Lang A, Olafsdottir. Rethinking theoretical approaches to stigma: a Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social Science and Medicine*, 2008; 67:431-440.
 34. Nawka P, Reiss CM. Integrating people who are stigmatized: the tetralogue model. *World Psychiatry*, 2002; 1(1): 27-28.
 35. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure and strategies for change. *Can J Psychiatry*, 2012; 57(8): 464-469.
 36. Corrigan PW. Research and the elimination of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2012; 201:7-8.
 37. Sartorius N. Short-lived campaigns are not enough. *Nature*, 2010; 468: 163-165.
 38. Pinfold V, Byrne P, Toulmin H. Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service user's main campaign priorities. *International Journal of Social Psychiatry*, 2005; 51 (2): 128-138.
 39. Sartorius N. Fighting stigma: theory and practice. *World Psychiatry*, 2002; 1:26-27.
 40. Yang LH, Kleinman A, Link B, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science and Medicine*, 2007; 64:1524-1535.

41. Loureiro L, Dias C, Aragão R (2008) Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Contributos para o estudo das representações sociais da loucura. Revista Referência, II.a Série, no 8, 33–44.
42. Campos, L.; Palha, E.; Sousa Lima, V.; Dias, P.; Pinhal, A.; & Costa, N. (2011). Attitudes towards people with mental disorders and psychiatry: Impact of mental health residence on a sample of portuguese medical students. Turkish Journal Of Psychiatry, 22(2) Supplement 1, 86.
43. Beldie, A., *et al* (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47 (Suppl 1), 1–38.
- * “...attribute that is deeply discrediting”... “...reduced in our minds from a whole and usual person to a tainted, discounted one...”
- ** “...By definition... we believe the person with a stigma is not quite human. On this assumption we exercise varieties of discrimination... reduce his life chances. We construct a stigma theory, an ideology to explain his inferiority and account for the danger he represents... We use specific stigma terms... We tend to impute a wide range of imperfections on the basis of the original one...”
- *** “...ignoring the complexity of stigma does not allow for the appreciation of the textured understandings, policies or interventions necessary to match reality.”