

**U. PORTO**



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO



centro hospitalar  
do Porto

ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Mestrado Integrado em Medicina

**Estigma e Saúde Mental**

Madalena Cabral Ferreira

Porto, 2017

## **ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar  
Ano letivo 2016/2017

### **Estigma e Saúde Mental**

Madalena Cabral Ferreira<sup>1</sup>

Orientação: Dra Ana Maria Reis Costa Faria<sup>2</sup>

Coorientação: Professora Doutora Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Aluna do 6.º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina; número de aluno: 200908143

Endereço eletrónico: mada.fer@gmail.com

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313, Porto

<sup>2</sup> Especialista em Psiquiatria, Assistente Graduada no Hospital Magalhães Lemos

Afiliação e Endereço: Hospital Magalhães Lemos, Rua Professor Álvaro Rodrigues, 4149-003, Porto

<sup>3</sup> Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Assistente Graduada no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) e Professora Auxiliar do ICBAS

Afiliação e Endereço: CHUP e ICBAS (Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313, Porto)

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Dra Ana Maria Reis, e à minha coorientadora, Professora Doutora Paula Pinto de Freitas, pela disponibilidade e apoio na execução deste trabalho.

À minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão, meu porto de abrigo.

Ao Pedro, pelo amor.

Aos meus amigos e colegas, pelo apoio e paciência neste percurso.

A todos os meus familiares, professores, amigos e colegas. Sem vós não seria quem sou, nem estaria aqui.

## Índice

Resumo	5
Abstract	6
Materiais e métodos	7
Introdução	8
Desenvolvimento	10
Estigma: o que é e diferentes tipos	10
Tipos de intervenção	13
Programas e campanhas da Organização Mundial de Saúde (OMS)	16
Programas e campanhas da Direção-Geral de Saúde (DGS)	19
<i>E-mental health</i> : a saúde mental e as novas tecnologias e as redes sociais ( <i>social media</i> )	20
Conclusão	23
Referências bibliográficas	24

## Resumo

**Introdução:** O impacto global da doença mental é grande e continua a crescer: 1 em cada 4 pessoas é afetada em algum ponto da sua vida; em 2030, a depressão será a causa principal de *burden* por uma doença e 3 em 4 pessoas com doença mental grave não recebem tratamento. Em Portugal, a situação é semelhante: em 2013, as perturbações psiquiátricas afetavam mais de um quinto da população, destacando-se as de ansiedade e as depressivas.

**Objetivos:** Fazer um levantamento da literatura sobre estratégias de redução de estigma, como programas e campanhas em vários países, e explorar a *e-mental health* - relação entre a saúde mental, as novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e a internet, particularmente as redes sociais (*social media*). Entende-se por doença mental o que está incluído na DSM-5 e na CID-10.

**Materiais e métodos:** Utilizaram-se sites e revistas de referência na área, como o psychiatryonline, o British Journal of Psychiatry e publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Direção-Geral de Saúde (DGS). Os principais critérios de inclusão foram o alvo do estigma ser a doença mental e/ou as pessoas com doença mental e a data de publicação, dando-se preferência, não exclusivamente, a artigos mais recentes (2012-17).

**Desenvolvimento:** Distinção e caracterização do autoestigma (*self stigma*) e do estigma da comunidade (*public stigma*); tipos de intervenção; programas e campanhas da OMS e da DGS e *e-mental health*.

**Conclusão:** Apesar de haver muita investigação, há ainda muito a fazer: o combate ao estigma passa pela mudança de paradigma a vários níveis, desde o individual ao governamental e organizacional, para que este passe a ser um fenómeno residual ou inexistente.

**Palavras-chave:** estigma, saúde mental, direitos humanos, doença mental, atitudes, preconceito e psiquiatria

## Abstract

**Introduction:** The global impact of mental disease is big and it keeps growing: 1 out of 4 people is affected in some point of his or her life; by 2030, depression will be the leading cause of burden by a disease and 3 out of 4 people with a severe mental disease don't receive any treatment. In Portugal, the situation is similar: in 2013, psychiatric disorders affected more than one fifth of the population, the main ones being anxiety and depression.

**Goals:** To make a literary review about strategies to reduce stigma, such as programs and campaigns in several countries, and to explore e-mental health – the relationship between mental health, new Information and Communication Technology (ICT) and the internet, mainly social media. It is considered a mental disease what is included in DSM-5 and CID-10.

**Methodology:** Sites and magazines of this area were used, such as psychiatryonline, the British Journal of Psychiatry and World Health Organization (WHO) and the Portuguese organization for health (Direção-Geral de Saúde, DGS) publications. The main criteria were the target of the stigma being mental disease and/or people with mental disease and the publication date, with a preference, though not exclusively, for more recent articles (2012-17).

**Development:** To distinguish and to characterize self stigma and public stigma; types of intervention; programs and campaigns by WHO and DGS and e-mental health.

**Conclusion:** Although there is a lot of research, there are still many things to do: fighting stigma implies a paradigm shift on many levels, from the individual to the governmental and organizational, so it becomes a residual or absent phenomenon.

**Keywords:** stigma, mental health, human rights, mental disease, attitudes, prejudice and psychiatry.

## **Materiais e métodos**

Utilizaram-se sites e revistas de referência na área, como o psychiatryonline, da American Psychiatric Association e o British Journal of Psychiatry; repositórios de artigos científicos e teses académicas, como o pubmed e o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e ainda os sites da Organização Mundial de Saúde e da Direção-Geral de Saúde. A procura de artigos usou palavras-chave como “estigma”, “saúde mental”, “direitos humanos”, “doença mental”, “atitudes”, “preconceito” e “psiquiatria”. Dos artigos encontrados foram extraídos os *abstracts* e identificados os de maior relevo, e destes foram ainda revistas as referências, para encontrar outros artigos de relevo que não estivessem contemplados na pesquisa inicial. Os principais critérios de inclusão foram o alvo do estigma ser a doença mental e/ou as pessoas com doença mental, sendo que variantes específicas dentro deste grupo de doenças foram pontualmente incluídas (o estigma especificamente relativo à esquizofrenia ou depressão), e a data de publicação, dando-se preferência, embora não exclusivamente, a artigos mais recentes (2012-17), tendo-se escolhido como limite para a pesquisa o dia 31/3/17. Entende-se por doença mental o que está incluído na DSM-5 e na CID-10.

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o impacto global da doença mental é grande e continua a crescer: 1 em cada 4 pessoas é afetada por uma doença mental em algum ponto das suas vidas; em 2030, a depressão será a causa principal de *burden* por uma doença, a nível mundial; 3 em cada 4 pessoas com doença mental grave não recebem nenhum tipo de tratamento e as pessoas com doença mental estão expostas a uma grande variedade de violações dos direitos humanos (1).

Em Portugal, a situação é semelhante: de acordo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, em 2013, as perturbações psiquiátricas afetavam mais de um quinto da população portuguesa. Deste valor global, destacam-se os mais altos nas perturbações de ansiedade (16,5%) e nas perturbações depressivas (7,9%). Os valores estimados para a prevalência ao longo da vida, das mesmas perturbações psiquiátricas, apresentam um padrão semelhante, tendo a prevalência total das perturbações psiquiátricas o valor de 42,7%. Os valores da prevalência das perturbações mentais em Portugal, em 2013, apenas eram comparáveis aos da Irlanda do Norte (23,1%), dentro da Europa, e aos dos EUA (26,4%), fora da Europa. A percentagem de utilização dos serviços devido a perturbações psiquiátricas era, em 2013, muito superior nas mulheres, tanto ao longo da vida (48,8%), como nos últimos 12 meses (18,8%). Há uma grande percentagem da utilização dos Cuidados de Saúde Primários para o tratamento de perturbações psiquiátricas ou emocionais, o que representa uma oportunidade do ponto de vista da acessibilidade aos cuidados na comunidade e do tratamento das perturbações mentais mais comuns. (2)

Torna-se então evidente o impacto que a doença mental tem, em Portugal e no mundo, na atualidade, e o que se estima que terá no futuro. Por esta razão, surgiram programas como o Mental Health Action Plan 2013-2020, da OMS (1), e em Portugal, de acordo com informação no site da Direção-Geral de Saúde (DGS), a saúde mental faz parte dos programas de saúde prioritários, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, juntamente com a prevenção e controlo do tabagismo, promoção da alimentação saudável, promoção da atividade física, diabetes, doenças cerebrovasculares, doenças oncológicas, doenças respiratórias, infeção VIH/SIDA e tuberculose, hepatites virais e prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos.

A doença mental pode ter várias consequências, para o doente e para os outros à sua volta, sendo uma delas o estigma. Este pode distinguir-se entre estigma da comunidade (tradução livre de *public stigma*), isto é, o preconceito e a discriminação da população em geral e que afetam o indivíduo com doença mental, e autoestigma (tradução livre de *self stigma*), ou seja, o dano que ocorre quando a pessoa com doença mental internaliza o estigma (3, 4, 5).

## Estigma: o que é e diferentes tipos

O estigma é uma marca ou sinal de desgraça que normalmente provoca consequências negativas a quem o carrega, e que pode ser visto como um problema associado ao conhecimento (ignorância), às atitudes (preconceito) e ao comportamento (discriminação) (6). O estigma associado à doença mental é um termo abrangente e inclui três componentes principais: estereótipos negativos, preconceito e, como consequência final, a discriminação. A falta de conhecimento ou a baixa literacia em saúde mental são conceitos diferentes, embora relacionados, no sentido em que os estereótipos negativos sobre as pessoas com doença mental são suposições factualmente erradas e unidireccionais, sendo também pré-requisitos para o estigma. A literacia em saúde mental é, no entanto, mais do que a ausência de estereótipos erróneos e inclui o reconhecimento das doenças e o conhecimento sobre a sua prevenção e intervenção sobre as mesmas (7).

Segundo vários autores, o estigma pode definir-se como o preconceito e a discriminação vividos, neste caso, por uma pessoa com doença mental. O modo como ocorre, o seu impacto nos doentes, nas suas famílias e nas comunidades em que se inserem há muito que tem sido alvo de investigação, tal como de programas e campanhas para a sua diminuição (7).

Importa começar por distinguir o estigma da comunidade (*public stigma*) e o autoestigma (*self stigma*). O primeiro é o mais comum e mais estudado, e trata-se de atitudes negativas, como preconceito e discriminação, por parte de membros da população em geral, em relação a um grupo particular e em desvantagem, neste caso, as pessoas com doença mental. Já o autoestigma, também chamado estigma internalizado ou percecionado, é o dano que ocorre quando o doente internaliza estas atitudes da população em geral, trazendo várias consequências negativas, como sentimentos de baixa autoestima, vergonha e desmoralização. Pode definir-se ainda como “a perceção de se ser inadequado ou fraco, se se for procurar ajuda profissional” e “vergonha, pensamentos e medo que resultam da identificação do indivíduo com o grupo estigmatizado, e que serve como barreira na busca de objetos de vida que o próprio valoriza” (3, 4, 5, 8, 9, 10). Alguns autores especificam ainda a discriminação estrutural - regras ou regulamentos numa sociedade que, com ou sem intenção, colocam as pessoas com doença mental em desvantagem, por exemplo, através de menor

financiamento para os serviços de saúde mental do que para os de saúde física, o que pode levar a uma baixa qualidade de cuidados e a um menor acesso a serviços de saúde mental (7 e 11).

Importa distinguir estereótipo de preconceito, sendo o primeiro a maneira como as pessoas categorizam informação sobre grupos de pessoas. Os estereótipos negativos, como o perigo e a incompetência, estão frequentemente associados à doença mental, e podem ser prejudiciais para as pessoas que vivem com a mesma. As pessoas que concordam com os estereótipos negativos desenvolvem sentimentos igualmente negativos e reações emocionais – o preconceito. Desta reação emocional surge a discriminação: a resposta comportamental aos pensamentos e comportamentos negativos. Um qualquer membro da sociedade pode escolher permanecer distante de uma pessoa com doença mental por ter medo (preconceito) e acreditar (estereótipo) que esta é perigosa. Percebe-se então como os dois conceitos, embora diferentes, estão relacionados (10).

Entrando um pouco mais em detalhe em relação aos principais tipos de estigma, o da comunidade e o autoestigma, o primeiro tem habitualmente como consequências isolamento social e enfraquecimento das redes de apoio, no sentido em que os membros da comunidade se distanciam das pessoas rotuladas como tendo doença mental. Este tipo de estigma pode também levar ao desemprego (se os empregadores concordarem com os estereótipos negativos) e pode afetar vários outros aspetos, como a educação e o alojamento (12). Em relação ao autoestigma, importa destacar que não é uma maldição inevitável, e que as pessoas num grupo estigmatizado não internalizam obrigatoriamente o preconceito e a discriminação. Por outro lado, se o fizerem, não é necessariamente uma consequência do estigma: muitas pessoas reconhecem-no como injusto, e escolhem tentar mudar o paradigma vigente, enquanto outras não estão sequer a par do fenómeno em si. (13).

Torna-se claro que o estigma da comunidade e o autoestigma se relacionam entre si, e que o primeiro é necessário para que haja o segundo. Mas como é que isto acontece? Um dos modelos propostos é o modelo de estadios de autoestigma (tradução livre de *stage model of self-stigma*), que propõe uma escalada progressiva: uma pessoa com uma condição indesejada tem consciência do estigma da sociedade (estigma da comunidade) sobre a mesma – consciencialização (*awareness*). Esta pessoa pode depois concordar que os estereótipos negativos da comunidade sobre o grupo a que pertence são verdadeiros – concordância (*agreement*). Consequentemente, a pessoa concorda que estes se aplicam a si – aplicação (*application*), o que pode levar a danos

significativos na autoestima e na autoeficácia. Este modelo mostra que os efeitos perniciosos do estigma na pessoa com doença mental não ocorrem até aos últimos estadios – só quando esta concorda que o estigma se aplica a si (*application*) é que ocorrem os danos. Uma das dificuldades deste modelo é diferenciar os efeitos dos últimos estadios dos efeitos da depressão, que ocorre frequentemente nas pessoas com doença mental grave (8,13,14,15). Outra perspetiva é a sociológica, proposta por Link e Phelan, postulando que o autoestigma consiste em 5 elementos: marcação (*labeling*), criação de estereótipos, separação, perda de estatuto e discriminação (16).

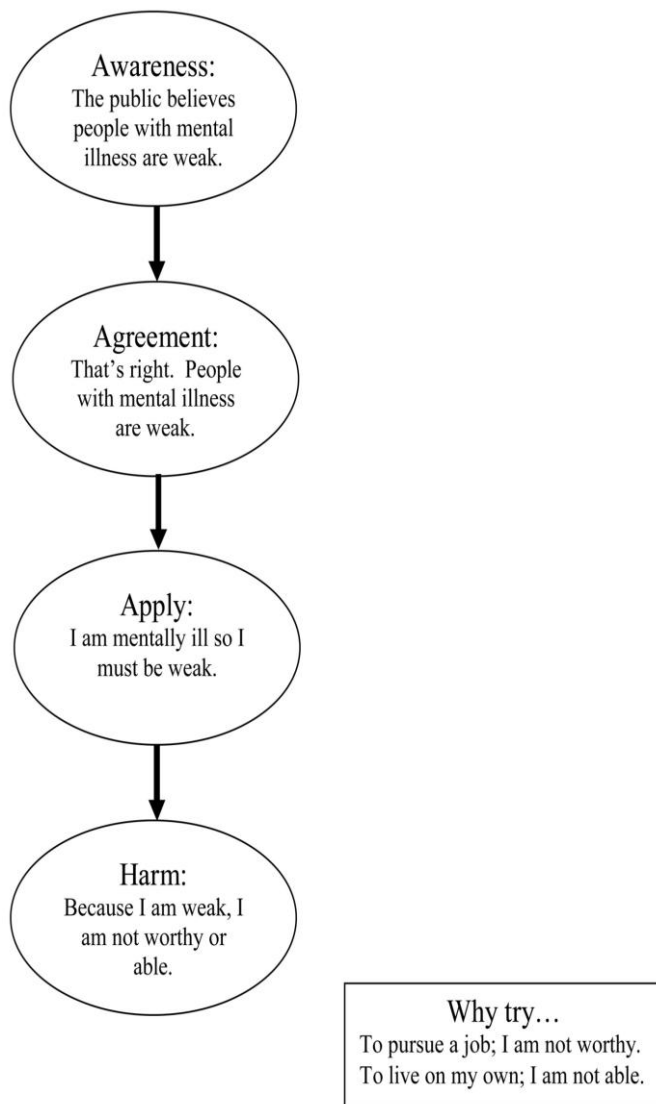


Figura 1: Modelo de estadios de autoestigma (*The Stage Model of Self Stigma* (10))

## Tipos de intervenção

Há vários tipos de intervenção, em diferentes contextos, as quais se pretende explorar um pouco mais nesta secção. O objetivo de muitos destes programas é melhorar o conhecimento, atitudes e comportamento da população (estigma da comunidade) e/ou da pessoa com doença mental (autoestigma).

No que toca aos resultados atingidos e aos métodos usados, a maioria da investigação de intervenções contra o estigma e discriminação tem-se focado em resultados a curto prazo (2 semanas), em contraste com os resultados a médio e longo prazo (mínimo 4 semanas), e tem sido feita em meios com rendimentos elevados. Há poucos estudos feitos em países de rendimentos médios e menos ainda nos de baixos rendimentos, pelo que há uma necessidade clara de mais estudos sobre redução do estigma nestes países. De acordo com a literatura, o contacto social parece ser o melhor tipo de intervenção para reduzir o estigma, mas apenas quando se medem os resultados imediatamente após a intervenção. Atualmente, não há evidência que mostre que estes benefícios persistam a longo prazo. Tendo em conta que o estigma frequentemente afeta as pessoas com doença mental a médio e longo prazo, há que continuar a investigar a eficácia destas intervenções. Outra lacuna é a falta de alguns subgrupos: segundo Link e colegas, as crianças e adolescentes só estão representados em 3,7% dos estudos sobre estigma (17). Medidores mais específicos e detalhados podem ajudar na inclusão de subpopulações específicas nestas investigações, como as pessoas já afetadas por discriminação pela etnia. A pesquisa futura deve focar-se nestes pontos(18).

Em relação ao autoestigma, há também várias estratégias. O desenvolvimento de intervenções para diminuir este tipo de estigma é uma área de investigação relativamente recente. As estratégias mais comuns, neste caso, são a psicoeducação ou a psicoeducação combinada com a reestruturação cognitiva. Há duas abordagens contrastantes: intervenções que tentam alterar crenças e atitudes estigmatizantes e intervenções que encorajam os participantes a aceitar a existência de estereótipos estigmatizantes, sem os contestar, e que potenciam as capacidades de *coping* em relação ao estigma, melhorando a autoestima, o *empowerment* e a procura de ajuda. A segunda abordagem tem caído em desuso, entre os peritos em estigma. Há pouca investigação na redução de autoestigma relacionada com patologia da ansiedade, como

*stress* pós-traumático, estando a maioria associada a abuso de substâncias, esquizofrenia e depressão. Vários autores recomendam que a pesquisa futura tenha estas doenças como alvo, tal como a identificação de grupos de alto risco para desenvolver autoestigma e da melhor altura para propor intervenções antiestigma para estes últimos. Seria lógico pensar que a intervenção precoce é melhor, no entanto, esta expectativa precisa de validação empírica. É ainda de salientar que as campanhas contra o estigma da comunidade têm tido uma abordagem semelhante (8,9).

No que se refere ao estigma da comunidade, há três abordagens principais para a mudança: educação, contacto e protesto ou ativismo social. A educacional desafia os estereótipos em relação à doença mental, substituindo-os por informação factual. Tal inclui anúncios, livros, panfletos, filmes, vídeos, páginas na internet e outros meios audiovisuais. Algumas das vantagens desta estratégia são o seu relativo baixo custo e alcance alargado. O contacto refere-se ao contacto interpessoal de membros da comunidade com os do grupo estigmatizado. Indivíduos da população geral que conhecem e interagem com pessoas com doença mental têm mais probabilidade de diminuir os seus níveis de discriminação. A investigação a nível psicossocial identificou fatores que parecem moderar os efeitos do contacto, como contacto cara-a-cara (*one on one*), contacto que inclui um objetivo em comum e interações com pessoas que contrariam moderadamente os estereótipos em vigor. Já o protesto ou ativismo social realça as injustiças das várias formas de estigma e tentar punir quem age de acordo com estereótipos. Os resultados das mudanças no estigma da comunidade provenientes destas abordagens são habitualmente avaliados usando um modelo simples: alterações nas atitudes, afetos e comportamento. As atitudes refletem os estereótipos sobre a doença mental e incluem ideias sobre culpa, perigosidade e incompetência. Os afetos referem-se às reações emocionais às atitudes: a perigosidade leva ao medo, e a culpa à raiva. O comportamento discriminatório resulta das atitudes e dos afetos, por exemplo, um membro da comunidade pode estar hesitante ou arrendar uma propriedade a uma pessoa com doença mental. Em relação aos resultados das diferentes abordagens, a educacional e a que se processa por contacto, em ambas parece haver uma melhoria significativa dos membros da comunidade para com as pessoas com doença mental, quer nas atitudes, quer nos comportamentos. A abordagem por contacto parece levar a alterações mais significativas, entre os adultos: conhecer pessoas com doença mental parece fazer mais para diminuir o estigma do que educar os membros da comunidade sobre os mitos *versus* os factos da doença mental. Nos adolescentes, pelo contrário, a abordagem educacional parece ser mais efetiva do que a abordagem por contacto. Talvez esta diferença ocorra porque as

crenças dos adolescentes sobre a doença mental não estão tão como as dos adultos, pelo que aqueles têm uma maior probabilidade de responder positivamente aos efeitos da educação. Na abordagem por contacto, é também relevante que, o contacto cara-a-cara, e não uma história em vídeo, obtém maior efeito. O protesto ou ativismo social não parece conduzir a alterações significativas, mas há alguma evidência de que esta abordagem pode diminuir a representação danosa nos *media* de pessoas com doença mental. Há ainda algumas sugestões de que as campanhas que pedem às pessoas que suprimam a discriminação possam ter um efeito não intencional de “ricochete”, em que os estereótipos em relação a um determinado grupo permanecem inalterados ou até mesmo pioram (8, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24)

## **Programas e campanhas: Organização Mundial de Saúde (OMS)**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o impacto global da doença mental é grande e continua a crescer: 1 em cada 4 pessoas são afetadas por uma doença mental em algum ponto das suas vidas; em 2030, a depressão será a causa principal de *burden* por uma doença, a nível mundial; 3 em cada 4 pessoas com doença mental grave não recebem nenhum tipo de tratamento e as pessoas com doença mental estão expostas a uma grande variedade de violações dos direitos humanos.

Conforme está presente no microsite “WHO – Mental Health” (microsite de saúde mental da OMS), a OMS considera também que uma boa saúde mental está relacionada com o bem-estar mental e psicológico, o que está de acordo com a sua definição de saúde como um completo bem-estar físico, mental e social. O trabalho da OMS para melhorar a saúde mental dos indivíduos e da sociedade inclui a promoção do bem-estar mental, a prevenção de doenças mentais, a proteção dos direitos humanos e o cuidado das pessoas afetadas por doença mental.

De acordo com a informação do microsite “UN – Sustainable Development Goals”, microsite da Organização das Nações Unidas sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a saúde mental foi incluída nestes objetivos: pela primeira vez, os líderes mundiais estão a reconhecer a sua promoção e prevenção e o tratamento do abuso de substâncias como prioridades de saúde na agenda do desenvolvimento global. Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável foram adotados em Assembleia Geral das Nações Unidas, a 25 de setembro de 2015, como uma forma de acabar com a pobreza, proteger o planeta e assegurar a prosperidade para todos. Cada objetivo tem pontos específicos para atingir ao longo destes 15 anos seguintes.

A inclusão da saúde mental e do abuso de substâncias na Agenda do Desenvolvimento Sustentável, que foi adotada na Assembleia Geral das Nações Unidas em setembro de 2015, terá provavelmente um impacto positivo nos diferentes países, onde milhões de pessoas receberão a ajuda necessária. De acordo com o terceiro objetivo dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os referidos líderes comprometeram-se com a “prevenção e tratamento de doenças não comunicáveis, incluindo as doenças comportamentais, neurológicas e do desenvolvimento, o que constitui um desafio *major* para o desenvolvimento sustentável”. As doenças não comunicáveis, também

conhecidas como doenças crônicas, tendem a ser de duração longa e são o resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Os principais tipos destas doenças são cardiovasculares, oncológicas, doenças respiratórias crônicas e diabetes. As doenças não comunicáveis afetam desproporcionalmente pessoas de países com rendimentos baixos ou médios, onde ocorrem mais de 3/4 das mortes por estas doenças, a nível global (31 milhões). Segundo a Dra Margaret Chan, Diretora Geral da OMS, “a inclusão de doenças não comunicáveis no objetivo da saúde é um ponto de viragem histórico. Estas doenças estão finalmente a ter a atenção que merecem. Através dos seus 169 pontos interativos e sinérgicos, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável procuram “levar o mundo em direção a uma maior justiça que não deixe ninguém para trás”. Dentro do objetivo da saúde, há 2 pontos relacionados diretamente com a saúde mental e o abuso de substâncias: o ponto 3.4 pede que os países “em 2030, reduzam em 1/3 a mortalidade prematura por doenças não comunicáveis, através da prevenção, tratamento e promoção da saúde mental” e o ponto 3.5 pede que os países “reforcem a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo narcóticos e álcool”.

Tendo em conta tudo isto, foi lançado o já referido microsite sobre saúde mental, “WHO – Mental Health”. Aqui, pode encontrar-se uma miríade de informação sobre o tema, incluindo galerias de fotografias, vídeos, *posters*, panfletos, publicações, notícias, campanhas e fichas e ficheiros informativos (*fact sheets* e *fact files*) sobre demência; depressão; epilepsia; cefaleias; doenças mentais; saúde mental nos idosos; saúde mental em emergências; aumento da resposta à doença mental; esquizofrenia; abuso de substâncias; suicídio; saúde mental, direitos humanos e legislação; saúde mental; pobreza e desenvolvimento; saúde mental materna e infantil.

É ainda de referir o Plano para a Saúde Mental 2013-2020 (Mental Health Action Plan), o plano de ação da OMS, adotado na 66ª Assembleia Mundial de Saúde (1). A Dra Margaret Chan, Diretora Geral da OMS, descreveu-o como um marco: foca as atenções internacionais num problema há muito negligenciado e está firmemente enraizado nos princípios dos direitos humanos. O plano de ação pede mudança nas atitudes que permitem o perpetuar do estigma e da discriminação e que têm isolado as pessoas com doença mental desde tempos ancestrais, e pede ainda uma expansão dos serviços, para promover uma maior eficiência no uso dos recursos. Os seus quatro principais objetivos são:

- Reforçar uma liderança e governação efetiva em relação à saúde mental;

- Fornecer serviços sociais e de saúde, integrados e responsivos, nas comunidades;
- Implementar estratégias de promoção e prevenção;
- Reforçar sistemas de informação, evidência e pesquisa, para a saúde mental.

Cada um destes objetivos é acompanhado por um ou 2 pontos específicos, que fornecem a base para a ação coletiva e mensurável pelos Estados Membros, em direção aos objetivos globais. De acordo com a informação no microsite “WHO – Mental Health”, foi desenvolvido um conjunto de indicadores relacionados com estes pontos, tal como outras ações, os quais estão a ser reunidos regularmente, através do projeto Atlas para a Saúde Mental. É também relevante o projeto mhGAP: WHO Mental Health Gap Action Programme – Programa de Ação em relação ao GAP em Saúde Mental, em tradução livre, referido no mesmo microsite. As doenças mentais e neurológicas e o abuso de substâncias são comuns em todas as regiões do globo, afetando todas as comunidades e grupos etários, em todos os países, independentemente dos seus níveis de desenvolvimento. Apesar de 14% do peso global de doenças estar atribuído a este grupo, a maioria das pessoas afetadas – até 75% em muitos países em desenvolvimento – não têm acesso ao tratamento de que precisam. O mhGAP tem como objetivo melhorar os serviços para as doenças mentais e neurológicas e para o abuso de substâncias, especialmente nos países em desenvolvimento. Este programa afirma que com cuidados adequados, assistência psicossocial e medicação dezenas de milhões de pessoas podem ser tratadas para depressão, esquizofrenia e epilepsia, para além da prevenção do suicídio, começando a ter vidas normais, mesmo em locais com escassos recursos. Ainda neste microsite, é mencionado que, neste ano de 2017, a OMS lançou no Dia Mundial da Saúde, 7 de abril, uma campanha global sobre a depressão, com a duração de um ano. O objetivo é fazer com que haja mais pessoas com depressão, em todo o mundo, a procurar e a obter ajuda, o que é especialmente relevante dado que a depressão é a principal causa de incapacidade, a nível global: mais de 300 milhões de pessoas vivem atualmente com depressão, o que corresponde a um aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015.

## **Programas e campanhas: Direção-Geral de Saúde (DGS)**

Passando para a realidade nacional, em Portugal, segundo o site da DGS, a saúde mental faz parte dos programas de saúde prioritários, no âmbito do Plano Nacional de Saúde - um instrumento estratégico, adotado por cada vez mais países, que permite o alinhamento das políticas de saúde, de forma coerente e fundamentada, com o objetivo da maximização dos ganhos em saúde para a população desse país, juntamente com a prevenção e controlo do tabagismo, promoção da alimentação saudável, promoção da atividade física, diabetes, doenças cerebrovasculares, doenças oncológicas, doenças respiratórias, infeção VIH/SIDA e tuberculose, hepatites virais e prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos.

## ***E-mental health: a saúde mental e as novas tecnologias e as redes sociais (social media)***

Conforme já foi referido, a doença mental é muito comum e a sua prevalência está a aumentar, tal como acontece com o estigma que lhe está associado. As novas tecnologias e as redes sociais (*social media*) estão cada vez mais presentes nas vidas das pessoas, particularmente nos jovens (mais de 90% usa a internet), e estão a transformar o paradigma do acesso aos serviços de saúde. Nesta secção pretende fazer-se a ligação entre este tema, a saúde mental e o estigma.

As inovações em Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) estão a transformar o paradigma dos serviços de saúde. Este campo emergente, comumente referido como *e-health*, é um conceito mais vasto do que a telemedicina, a qual envolve o uso das TIC para juntar os doentes e os profissionais de saúde, em tempo real, à distância, e em que o uso de contacto por vídeo (por exemplo, chamadas por videoconferência) é a modalidade principal. A *e-mental health* pode definir-se como serviços e informação sobre saúde mental através da internet e tecnologias relacionadas (25). No entanto, não há ainda nenhum acordo em relação a uma definição específica: alguns académicos consideram que a *e-mental health* inclui apenas iniciativas tomadas diretamente para os utilizadores destes serviços, e apenas na internet, ao passo que outros preferem uma definição mais vasta, que inclui atividades relacionadas com a promoção e prevenção, tratamento, educação dos profissionais de saúde, apoio administrativo (por exemplo, registos dos doentes) e investigação. Devido ao crescimento da *e-mental health*, é difícil para os legisladores e para os profissionais de saúde estar ao corrente das aplicações disponíveis e das evidências da sua eficácia (26, 27, 28)

Há quatro tipos de serviços de *e-mental health*: fornecimento de informação; rastreios, avaliação e monitorização; intervenções e apoio social. Em relação ao fornecimento de informação, há uma necessidade bem identificada de assegurar a qualidade da informação sobre saúde mental, pelo que se têm desenvolvido ferramentas como o site “Brief Discern”, cujo objetivo é ajudar os utilizadores a avaliar a qualidade do conteúdo disponível na internet sobre saúde mental. As ferramentas para fazer rastreios e avaliação fornecem um acesso mais vasto, com base na internet, permitindo a realização de autoavaliação (particularmente relevante no caso de grupos mais difíceis de alcançar) e o uso por profissionais em contextos específicos (por exemplo, cuidados de saúde primários): Diamond e colegas descreveram uma ferramenta de rastreio de

comportamentos de risco, com base na internet, para adolescentes e adultos jovens, a nível dos cuidados de saúde primários (29). As intervenções em *e-mental health* podem classificar-se pelo estadio (promoção, prevenção, intervenção precoce, tratamento, seguimento e prevenção de recorrências de episódios agudos), tipo de relação (entre um profissional de saúde e um doente, entre doentes ou entre profissionais) e pelo tratamento ou modalidade terapêutica (por exemplo, terapia cognitiva e comportamental e psicoeducação). Nestas intervenções, o mais frequentemente abordado é a depressão e a ansiedade. Um exemplo de uma ferramenta de intervenção em *e-mental health* é a plataforma “MoodGYM”, já validada em vários estudos de controlo randomizados, cujo objetivo é melhorar as capacidades de *coping* relacionadas com a depressão. O apoio social na *e-mental health* refere-se a diversos tipos de formatos com base na internet, como grupos de discussão, *chat rooms*, *blogs* e redes sociais (*social media*) (30-38).

Apesar de ser uma área nova, já é possível identificar as vantagens e desvantagens da *e-mental health*. O seu principal potencial é a possibilidade de diminuir a lacuna existente entre as necessidades identificadas de serviços de saúde mental na população e os recursos existentes. Outros dos benefícios são também a redução de custos para o utilizador (embora haja encargos na criação e manutenção dos sites e das aplicações) e uma maior acessibilidade para populações remotas e ainda para pessoas que tenham outras barreiras no acesso aos serviços de saúde mental, como evitar o recurso aos mesmos devido ao estigma. No entanto, é de referir que há um menor uso da *internet* e dos serviços que lhe estão associados por parte das pessoas com doença mental mais grave. Passando para as desvantagens, estas são sobretudo a substituição de serviços convencionais importantes e necessários, desviando a atenção da necessidade da sua melhoria e/ou financiamento; a falta de controlo de qualidade, que pode levar à prestação de cuidados desadequados ou até mesmo prejudiciais; a relutância entre os profissionais de saúde no uso destas novas ferramentas; a capacidade dos profissionais de saúde de estabelecer uma relação terapêutica *online* e a exequibilidade do tratamento em alguns casos, como nos doentes com depressão grave e o risco de uma maior acessibilidade aos serviços de *e-mental health* poder originar que alguns doentes adiem a procura dos cuidados necessários, no seu modelo convencional. É de salientar que já há melhorias na tecnologia para proteção da segurança e da confidencialidade (39-44).

Em relação a um dos tipos de aplicações mais populares, particularmente entre os jovens, as redes sociais (*social media*) podem definir-se como aplicações com base na internet que permitem a criação e a troca de conteúdos gerados pelo utilizador (45), e

são cada vez mais populares: no Reino Unido, em 2015, estima-se que 47% da população adulta as use (46). No entanto, é menos provável que as famílias com baixos rendimentos e as pessoas com deficiências usem a internet, o que levanta uma nova preocupação, ou seja, que as pessoas que já são marginalizadas sejam menos ouvidas. Apesar destas barreiras, o uso das redes sociais é fácil e barato, e estas significam uma tendência para uma maior interação, em que as pessoas criam conteúdos, para além de os consumirem. Começam assim os indivíduos, e não as instituições, a liderar o caminho que leva à existência de conversas sobre saúde mental nos espaços públicos *online*. Os participantes incluem indivíduos com experiência pessoal de problemas de saúde mental, ativistas, jornalistas, associações de solidariedade social e instituições oficiais. A partilha de experiências e o sentir-se ouvido nas redes sociais pode levar a um sentimento de *empowerment*: há menos solidão e há uma maior confiança para mostrar uma parte do indivíduo que pode habitualmente permanecer escondida. As redes sociais estão também a ser cada vez mais usadas pelos programas antiestigma para partilhar o seu trabalho e influenciar as atitudes da comunidade, como a página do *facebook* “Like Minds, Like Mine”, da Nova Zelândia; o “Beyondblue”, iniciativa relacionada com a ansiedade e depressão, da Austrália e as campanhas “Time to Change”, do Reino Unido, e “Obertament”, de Espanha. Torna-se então claro o potencial democrático e os efeitos catalisadores das redes sociais em relação ao discurso do público sobre a doença mental: histórias pessoais e vozes desconhecidas podem tornar-se públicas, sem barreiras temporais e espaciais, e têm um potencial significativo para facilitar uma mistura dinâmica de educação, contacto e protesto ou ativismo social (as três abordagens principais para a mudança relativamente ao estigma da comunidade). De futuro, será interessante analisar a relação entre a atividade nas redes sociais e a mudança das atitudes da comunidade em relação à doença mental (47, 48, 49).

## Conclusão

Apesar de já haver muita investigação no que toca à doença mental e ao estigma, há ainda muito a fazer, sobretudo tendo em conta a sua elevada prevalência e a tendência para aumentar. Ao longo deste trabalho, é de destacar vários pontos de pesquisa futuros, nomeadamente, a necessidade de estudos sobre redução de estigma em países de rendimentos médios e mais ainda nos de baixos rendimentos (a maioria dos estudos são feitos em países com elevados rendimentos); estudos sobre a eficácia das intervenções para redução do estigma a médio e longo prazo (atualmente, só há evidências que mostrem os seus benefícios a curto prazo, quando se medem os resultados imediatamente após a intervenção; no entanto, o estigma frequentemente afeta as pessoas com doença mental a médio e longo prazo); estudos que incluam subpopulações, como crianças e adolescentes (a grande maioria foca-se apenas nos adultos) e minorias étnicas; investigação na redução de autoestigma relacionada com patologia da ansiedade, como *stress* pós-traumático (a maioria dos estudos existentes foca-se no abuso de substâncias, esquizofrenia e depressão); a identificação de grupos de alto risco para desenvolver autoestigma e da melhor altura para propor intervenções antiestigma para estes últimos e analisar a relação entre a atividade nas redes sociais e a mudança das atitudes da comunidade em relação às doença mental.

O combate ao estigma passa pela mudança de paradigma a vários níveis, desde o individual ao governamental e organizacional, para que este passe a ser um fenómeno residual ou até mesmo inexistente, o que é fundamental tendo em conta o impacto global e crescente da doença mental.

## Referências bibliográficas

1. Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization, 2013.
2. Portugal. Saúde Mental em Números – 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental. Direção-Geral de Saúde, 2014.
3. Hinshaw S (2007) *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and na Agenda for Change*. New York, Oxford University Press
4. Thornicroft G (2006) *Shunned: Discrimination Against People With Mental Illness*. New York, Oxford University Press.
5. Arboleda-Floréz J, Sartorius N (2006) *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory Interventions*. Chichester, England, Wiley
6. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, *et al.* (2007) Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry* 190:192-3
7. Rüsç N, Thornicroft G (2014) Does stigma impair prevention of mental disorders? *The British Journal of Psychiatry* 204:249-251
8. Corrigan PW, Larson JE, Rüsç N (2009) Self-stigma and the “why try” effect: impact of life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 8: 75-81
9. Mittal D, Sullivan G, Lakshminarayana C, *et al* (2012) Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *American Psychiatric Association* 63(10): 974-981
10. Corrigan PW, Rao D (2012) On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry* 57(8): 464-469
11. Rüsç N, Zlati A, Black A *et al* (2014) Doe the stigma of mental illness contribute to suicidality? *The British Journal of Psychiatry* 205: 257-259
12. Taylor PJ, Gooding P, Wood AM *et al* (2011) The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin* 137:391-420
13. Corrigan PW, Watson AC (2002) The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science & Practice* 9:35-53

14. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M (2003) Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 121:31-49
15. Corrigan, PW, Lundin, RK (2001). *Don't Call Me Nuts! Coping with the Stigma of Mental Illness*. Central Recovery Press
16. Link BG, Phelan JC (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27:363-385
17. Link BG, Yang LH, Phelan JC *et al* (2004) Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin* 30:511-41
18. Metha N, Clement E, Marcus E *et al* (2015) Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 207:377-384
19. Finkelstein J, Lapshin O, Wasserman E: Randomized study of different antistigma media. *Patient Education and Counseling* 71:204–214, 2008
20. Reinke RR, Corrigan PW, Leonhard C, *et al*: Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 23: 377–389, 2004
21. Brohan E, Slade M, Clement S, *et al*: Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research* 10:80, 2010
22. Link BG, Yang LH, Phelan JC, *et al*. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin* 30:511–541, 2004
23. Reinke RR, Corrigan PW, Leonhard C, *et al*: Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology* 23: 377–389, 2004
24. Brohan E, Slade M, Clement S, *et al*: Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research* 10:80, 2010
25. Christensen H, Griffiths K, Evans K: *E-Mental Health in Australia: Implications of the Internet and Related Technologies for Policy*. Canberra, Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002
26. Sood S, Mbarika V, Jugoo S, *et al*: What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemedicine and e-Health* 13:573–590, 2007
27. Wade VA, Karnon J, Elshaug AG, *et al*: Asystematic review of economic analyses of telehealth services using real time video communication. *BMC Health Services Research* 10:233, 2010

28. Lal S, Adair CE. E-Mental Health: A Rapid Review of the Literature. *American Psychiatry Association* 65(1), 24-32, 2014
29. Diamond G, Levy S, Bevans KB, et al: Development, validation, and utility of Internet-based, behavioral health screen for adolescents. *Pediatrics* 126:e163–e170, 2010
30. Ybarra ML, Eaton WW: Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research* 7:75–87, 2005
31. Watt A, Cameron A, Sturm L, et al: Rapid reviews versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 24:133–139, 2008
32. Ganann R, Ciliska D, Thomas H: Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implementation Science* 5:56, 2010
33. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, et al: Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews* 1:10, 2012
34. Konnyu KJ, Kwok E, Skidmore B, et al: The effectiveness and safety of emergency department short stay units: a rapid review. *Open Medicine* 6:e10–e16, 2012
35. Santor DA, Poulin C, LeBlanc JC, et al: Online health promotion, early identification of difficulties, and help seeking in young people. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46:50–59, 2007
36. Donker T, van Straten A, Marks I, et al: A brief Web-based screening questionnaire for common mental disorders: development and validation. *Journal of Medical Internet Research* 11:e19, 2009
37. Gualtieri CT: An Internet-based symptom questionnaire that is reliable, valid, and available to psychiatrists, neurologists, and psychologists. *Medscape General Medicine* 9:3, 2007
38. Heron KE, Smyth JM: Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British Journal of Health Psychology* 15:1–39, 2010
39. Khazaaal Y, Chatton A, Cochand S, et al: Brief DISCERN, six questions for the evaluation of evidence-based content of health-related Websites. *Patient Education and Counseling* 77:33–37, 2009
40. Ybarra ML, Eaton WW: Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research* 7:75–87, 2005

41. Ginn S: Evidence based mental healthand Web 2.0. *Evidence-Based Mental Health* 13:69–72, 2010
42. Alleman JR: Online counseling: the Internet and mental health treatment. *Psychotherapy* 39:199–209, 2002
43. Emmelkamp PM: Technological innovations in clinical assessment and psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics* 74: 336–343, 2005
44. Christensen H, Griffiths K: The internetand mental health practice. *EvidenceBased Mental Health* 6:66–69, 2003
45. Dutton W, Blank B. *Cultures of the Internet: The Internet in Britain*. Oxford Internet Institute, 2013
46. Ofcom. *Facts and Figures*. Ofcom, 2014
47. Kaplan A, Haenlein M. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. *Bus Horiz* 2010; 53: 59–68
48. Al Ramiah A, Hewstone M. Intergroup contact as a tool for reducing, resolving, and preventing intergroup conflict. *Evidence: limitations and potential. Am Psychol* 2013; 68: 527–42.
49. Betton V, Borschmann R, Docherty M. The role of social media in reducing stigma and discrimination. *The British Journal of Psychiatry* 2015, 206: 443-444