

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Dissertação de Mestrado em Medicina

Artigo de Revisão Bibliográfica

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ESTIGMA DA DOENÇA MENTAL

Luísa Teixeira Martins Barreira Batista

6.º Ano do Mestrado Integrado em Medicina

Porto, 2013

Luísa Teixeira Martins Barreira Batista

Os Profissionais de Saúde e o Estigma da Doença Mental

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Doutor António Alfredo de Sá Leuschner Fernandes.

Categoria – Professor Catedrático Convidado.

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Índice

❖ Resumo.....	4
❖ Abstract.....	5
❖ Introdução	6
❖ Discussão.....	10
❖ Conclusão	24
❖ Referências Bibliográficas	26

Resumo

A história da doença mental é, desde o início dos tempos, marcada por fenómenos de incompreensão e exclusão social. Entretanto, o século XIX viu o início da afirmação da Psiquiatria como uma ciência, surgindo os primeiros hospitais psiquiátricos, e em meados do século XX, com o aparecimento dos psicofármacos, o tratamento da doença mental em contexto comunitário tornou-se uma realidade possível.

No entanto, apesar de todos estes avanços, e ao contrário do que seria desejável, o conceito global de doença mental ainda não evoluiu completamente da ideia de fenómeno imprevisível, perigoso e incurável para a perspetiva científica de patologia que, como qualquer outra, pode e deve ser tratada. Este estigma está presente até entre os profissionais de saúde e é um dos principais obstáculos ao correto diagnóstico e tratamento das diferentes doenças mentais na sociedade atual.

Nos últimos anos, vários estudos têm sido realizados no sentido de investigar o estigma da doença mental: quer na população em geral, quer entre os profissionais de saúde em particular. O objetivo deste artigo de revisão era organizar o conhecimento atual no que diz respeito a esta última vertente, desde a prevalência desta problemática às potenciais causas e soluções que lhe têm vindo a ser atribuídas por diferentes autores.

Foram tidos em conta profissionais de saúde de diferentes áreas, incluindo médicos (psiquiatras e não-psiquiatras), enfermeiros e psicólogos, entre outros. Apesar de se ter verificado que este é um campo em que é ainda necessária muita investigação, traçaram-se com sucesso diversas conclusões entre variados fatores e a incidência de estigma da doença mental, identificaram-se os principais aspetos deste fenómeno descritos na literatura, assim como as patologias mais atingidas por ele, e discutiram-se potenciais formas de o combater.

Palavras-Chave: Estigma; atitudes; doença mental; profissionais de saúde; psiquiatria; saúde mental; combate ao estigma.

Abstract

The history of mental illness has always been one of intolerance and social exclusion. The 19th century saw the dawn of Psychiatry as a science, with the opening of the first psychiatric hospitals, and in the middle of the 20th century, with the discovery of psychoactive drugs, the treatment of mental illness in community context became a true possibility.

However, despite all these advances, and contrary to what would be desirable, the global concept of mental illness still has not completely evolved from the idea of an unpredictable, dangerous and incurable phenomenon to the scientific view of a pathology that, like any other, can and should be treated. This stigma is present even among health professionals and is one of the main obstacles to the correct diagnosis and treatment of mental illness in today's society.

In recent years, several studies have been conducted towards the better understanding of the stigma of mental illness, both in the general population and among health care professionals in particular. The goal of this paper was to review the current literature in what concerns this last aspect, from the prevalence of the issue in question to its potential causes and solutions, as have been proposed by different authors.

Professionals from different areas of health care were taken into account, including doctors (psychiatrists and non-psychiatrists), nurses and psychologists, among others. Although it was verified that this is a field where a great deal of further investigation is still required, many correlations were successfully drawn between a variety of factors and the incidence of the stigma of mental illness; moreover, the main aspects of this phenomenon, as described in the literature, were identified, along with the pathologies more commonly affected by it, and potential ways to combat it were discussed.

Keywords: Stigma; attitudes; mental illness; health professionals; psychiatry; mental health; anti-stigma campaign.

Introdução

“No início, quando estava à espera de saber se o meu cancro estava em remissão, os médicos e os enfermeiros no departamento de emergência deram-me muito apoio. Mais tarde, mal souberam que eu era conhecida nos serviços de saúde mental, a sua atitude mudou. Foi como se pudessem identificar-se com alguém com cancro, mas não com alguém com problemas de saúde mental.”

– ‘Nadia’ (Pseudónimo) (1)

A psicopatologia contribui grandemente para o fardo global de doença. A sua prevalência significativa – um em cada quatro indivíduos sofrem de uma doença mental alguma vez ao longo da sua vida – e o seu impacto na incapacidade, comorbilidade e mortalidade são sentidos aos níveis internacional, nacional e regional (2, 3); ainda assim, as percentagens de busca de tratamento por parte das pessoas afetadas são alarmantemente baixas: cerca de dois terços nunca recorrem aos serviços de saúde por esse motivo (1, 2). Uma das principais razões indicadas pelos utilizadores dos serviços de saúde para não procurarem ou descontinuarem o tratamento deste tipo de patologias é o estigma que encontram, tanto por parte da comunidade como dos próprios profissionais de saúde (3).

É relevante fazer-se a distinção entre estigma e exclusão social ou discriminação, dado que estes conceitos, apesar de fortemente interligados, não são totalmente sobreponíveis (4-7). Para maior clarificação do termo, a primeira abordagem importante ao estigma na literatura reside na monografia de 1963 de Erving Goffman, intitulada *“Notes on the management of spoiled identity”*, em que o mesmo o descreve como “um atributo que descredibiliza profundamente o seu objeto”, sendo que o processo de estigmatização envolveria a ocorrência de rotulação, estereotipificação e, por fim, separação de grupos (8). Segundo Goffman, o estigma resultará, portanto, de uma combinação de atributos pessoais e estereótipos sociais que contribuem para a rotulação de determinados indivíduos com características “inaceitáveis” ou “inferiores”: e não será só a doença mental a integrar-se neste tipo de “estigma baseado no carácter presumido”, mas também condições como a homossexualidade, entre muitas outras (9). A cada uma destas categorias presumidas serão atribuídas, pela sociedade, características negativas, como fraqueza, desonestidade ou perigosidade. Assim, tecnicamente, uma pessoa até pode não ter qualquer doença mental, mas é possível que outros lhe atribuam esta

característica “negativa” baseados em estereótipos enraizados na sociedade e que interajam com ela de acordo com essa crença (10-12). O estigma é também mediado por desigualdades de poder (13), que, por sua vez, levam a discriminação estrutural num grande espectro de ambientes, incluindo os serviços de saúde (1, 14).

Entre outras coisas, o estigma é um fenómeno que pode levar à redução da autoestima e ao isolamento (15); no âmbito da doença mental, os indivíduos que se consideram estigmatizados referem muito frequentemente sentimentos de dor, pessimismo relativamente à recuperação, medo, desejo de distância social, culpa e impotência (1, 16-20). Além disso, como “consequência colateral”, e novamente de acordo com Goffman, estas pessoas podem tender também a vitimizar-se e a tentar usar a situação a seu favor quando possível, procurando ganhos secundários (19). No reverso da medalha, os estigmatizadores, quando não se limitam a evitar os objetos do seu estigma, tendem a agir de forma intrusiva, paternalista ou demasiado benevolente perante eles: por exemplo, através de elogios exagerados aquando do atingimento de objetivos insignificantes, entre outras formas de condescendência (21).

Infelizmente, o estigma contra os indivíduos com doença mental não advém apenas da população em geral, mas também dos profissionais de saúde, cuja função deveria ser precisamente a oposta, ou seja, a de ajudar na recuperação destes doentes. Vários autores têm vindo a chamar a atenção para o facto de que seria simplista demais assumir que os profissionais de saúde, nomeadamente os de saúde mental, têm atitudes globalmente mais positivas para com os doentes mentais do que o resto da população (22, 23). Os primeiros investigadores nesta área sugeriram que o estigma da doença mental entre os profissionais de saúde poderia partir do seu sentimento de impotência e futilidade perante este tipo de patologia (24); outros consideraram que as suas atitudes estigmatizantes poderiam estar associadas a uma resistência paradoxal no que diz respeito a providenciar os serviços e tratamentos necessários (24, 25). Outras hipóteses colocadas são ainda a de que o treino e preparação destes profissionais não são adequados para lidar com a população em causa e a de que os mesmos não recebem apoio e validação suficientes para funcionar corretamente no contexto da doença mental (25, 26).

Não é recente o reconhecimento de que o estigma associado à doença mental, assim como os comportamentos discriminatórios que dele advêm, constituem importantes obstáculos às oportunidades dos doentes mentais e, até, aos avanços nos tratamentos psiquiátricos (5, 27-29). Num quadro ainda mais abrangente, este estigma tem vindo a ter implicações a nível de saúde pública, nomeadamente pela exacerbação do *stress* e das

suas morbidades associadas e pelo reforço das diferenças nos estatutos socioeconómicos. Por todas estas razões, a redução do estigma tem sido uma questão de especial relevo nas políticas internacionais de saúde: em 2005, a Organização Mundial de Saúde publicou um plano de ação que se propunha explicitamente estimular atividades para contrariar o estigma, introduzir ou escrutinar legislação de direitos associados à incapacidade e providenciar ou manter cuidados de saúde mental em ambientes de fácil acesso. A necessidade de combater o estigma também tem vindo a ser reconhecida pela classe psiquiátrica, ao ponto de vários dos programas nesse sentido terem sido iniciados por psiquiatras ou outros profissionais de saúde mental: alguns exemplos locais são a *Changing Minds Campaign*, no Reino Unido, a *PSYKE-Campaign*, na Suécia, e a organização de caridade *SANE*, na Austrália. Existem também esforços internacionais, como o *Programa Global contra o Estigma e a Discriminação associados à Esquizofrenia*, da responsabilidade da Associação Mundial de Psiquiatria. O ponto comum a todos estes programas é a tentativa de aumentar a informação acerca da doença mental e dos tratamentos para ela disponíveis, melhorar as atitudes do público para com os doentes mentais e as suas famílias e iniciar ações para erradicar a discriminação e o preconceito. Na sua maioria, estas iniciativas têm vindo a cumprir os objetivos a que se propuseram; no entanto, e apesar de terem conseguido a queda de muitos mitos, as campanhas antiestigma com ponto de partida na profissão psiquiátrica têm sido acusadas de serem, na verdade, tentativas, baseadas em interesses económicos, de melhorar o estatuto da Psiquiatria em si e de aumentar a utilização dos serviços psiquiátricos, em vez de pretenderem genuinamente melhorar a situação daqueles que sofrem de doença mental. Além disso, é uma crítica comum a de que estas iniciativas tendem a ignorar o estigma iatrogénico perpetuado pelos próprios psiquiatras (5).

Apesar de o interesse no estigma associado à doença mental ter vindo a aumentar substancialmente ao longo dos anos, as investigações a ele associadas foram, durante muito tempo, essencialmente dirigidas às atitudes e comportamentos da população em geral, sendo relativamente mais recente a aceitação do conceito de que os profissionais de saúde são contribuidores importantes para este fenómeno. Este artigo de revisão propõe-se analisar a literatura publicada neste segundo sentido nos últimos anos, procurando sistematizar as diferentes conclusões a que os autores têm vindo a chegar no que diz respeito à prevalência e manifestações do estigma associado à doença mental nas várias classes de profissionais de saúde e, também, as diferentes formas que têm vindo a ser propostas para erradicar esse estigma, assim como a potencial eficácia de cada uma. Para esse efeito, foram pesquisados artigos relevantes em várias bases de

dados *on-line*, com especial relevo para a PubMed e para a Elsevier, tendo sido utilizados os termos de pesquisa “estigma” (“*stigma*”) ou “atitudes” (“*attitudes*”) em combinação com “doença mental” (“*mental illness*”, “*mental disorder*” ou “*mental disease*”) e, para maior especificidade, também com um dos seguintes: “profissionais de saúde” (“*health professionals*”), “psiquiatras” (“*psychiatrists*”) ou “enfermeiros” (“*nurses*”).

Discussão

Aspetos do Estigma

Na tentativa de estudar e sistematizar o estigma da doença mental, os autores têm vindo a descrever diferentes tipos de atitudes a ele associadas, procurando averiguar qual a relação de cada uma com um largo conjunto de variáveis, como a idade, o sexo, a etnia, o contexto cultural, o tipo de carreira profissional, a duração da experiência profissional, a existência ou não de contacto com doentes mentais fora do âmbito profissional, etc. Por causa disso, a literatura descreve diferentes aspetos do estigma, sendo que as investigações revelam resultados estatísticos desiguais para cada um. Estas classificações não são universais, sendo que diversos autores têm proposto, nomeado e abordado diferentes atitudes relacionadas com o estigma da doença mental, e têm, inclusive, sido usadas para formar as várias subescalas dos questionários utilizados largamente como instrumentos de medição do estigma que são referidos na maioria dos artigos de investigação estudados, como o OMIS (*Opinions about Mental Illness Scale/Escala de Opiniões sobre a Doença Mental*), o CAMI (*Community Attitudes toward Mental Illness/Atitudes da Comunidade relativamente à Doença Mental*) (30, 31), o AMIQ (*Attitudes to Mental Illness Questionnaire/Questionário de Atitudes relativamente à Doença Mental*), o AQ 27 de Corrigan (*Attribution Questionnaire 27/Questionário de Atribuições 27*) (8) e o SDS (*Social Distance Scale/Escala de Distância Social*) (4, 32); alguns destes serão referidos abaixo com maior pormenor.

J. Cohen e Struening foram dos primeiros investigadores a trabalhar a problemática do estigma da doença mental entre os profissionais. Para esse efeito, utilizaram o questionário OMIS em dois grandes hospitais psiquiátricos, aplicando-o a todos os profissionais de ambas as instituições, desde os psiquiatras aos trabalhadores de cozinha (33, 34). De acordo com as cinco subescalas do OMIS, os autores mediram então cinco diferentes atitudes dos profissionais relativamente aos doentes mentais: “autoritarismo” (a crença de que os doentes mentais são inferiores e necessitam de tratamento coercivo), “benevolência” (uma visão moral, compreensiva e complacente da doença mental), “ideologia da higiene mental” (a crença de que os adultos com doença mental são normais e de que esta é uma patologia como qualquer outra), “restritividade social” (a vontade de restringir os doentes mentais para proteção da sociedade) e “etiologia interpessoal” (a crença de que a doença mental surge devido a experiências interpessoais; em particular, devido a ausência de amor ou atenção familiares). Dentro desta classificação, verificou-se que os resultados dos profissionais de saúde mental

foram bastante diferentes dos dos restantes questionados. Mais especificamente, os resultados indicadores de maior estigma nas subescalas do autoritarismo, da ideologia da higiene mental e da etiologia interpessoal foram encontrados no pessoal não especializado (trabalhadores de cozinha, auxiliares,...), e os de menor estigma nos psiquiatras, psicólogos e trabalhadores dos serviços sociais; na subescala da benevolência, por outro lado, foram os psicólogos os mais estigmatizantes, enquanto os enfermeiros, trabalhadores dos serviços sociais e profissionais religiosos tiveram melhores resultados; finalmente, na subescala da restritividade social, os resultados mais estigmatizantes foram os dos médicos não-psiquiatras, e os menos estigmatizantes os dos psicólogos. Perante isto, é fácil, como dito anteriormente, verificar uma diferenciação entre os profissionais mais especializados na área da saúde mental e os restantes, sendo globalmente verdade que os primeiros demonstraram graus menores de estigma; no entanto, os psicólogos, em particular, destoam um pouco no cenário global, manifestando os níveis mais altos de estigma na subescala da benevolência, o que pode tanto sugerir alguma condescendência destes profissionais relativamente à doença mental como ser meramente resultado da sua formação mais orientada para uma perspetiva humanista da aproximação aos doentes. Este tipo de dados tem vindo a confirmar-se em estudos mais recentes que também utilizaram o questionário OMIS e sugere uma investigação dos fatores formativos que poderão estar por detrás das variações de resultados nos diferentes profissionais (34).

Muito mais recentemente, em 2010, M. Chambers *et al.* (35) realizaram um estudo internacional que avaliou o estigma da doença mental entre os corpos de enfermagem dos serviços de saúde mental de um total de setenta e duas unidades de internamento espalhadas entre a Finlândia, a Lituânia, a Irlanda, Itália e Portugal. O instrumento utilizado foi o CAMI, um questionário criado na década de 70 e originalmente direcionado à população em geral mas que tem vindo a ser utilizado em vários grupos de profissionais de saúde. Este questionário consiste em quarenta questões de resposta de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente) e avalia quatro fatores do estigma: “autoritarismo”, “benevolência”, “restritividade social” e “ideologia de saúde mental na comunidade” (a crença de que a recuperação dos doentes mentais em comunidade é positiva). Globalmente, os resultados mostraram atitudes mais positivas na subescala da benevolência e menos positivas na subescala do autoritarismo. Comparando os cinco países, os enfermeiros portugueses manifestaram as melhores atitudes e os lituanos as piores. No entanto, isto pode dever-se a um viés, já que apenas 60% dos enfermeiros portugueses solicitados responderam ao questionário, enquanto na Lituânia a taxa de resposta foi de 92%, o que pode significar que, em Portugal, as respostas vieram

principalmente dos enfermeiros mais interessados no tema, e, logo, com menos estigma. Outra explicação poderá residir nas diferenças culturais, já que a população lituana em geral mostrou em estudos anteriores ter visões bastantes estigmatizantes relativamente a vários grupos, incluindo o dos doentes mentais (36). Verificou-se ainda que as mulheres possuíam atitudes globalmente menos estigmatizantes e mais apoiantes dos cuidados na comunidade do que os homens, e que os enfermeiros com carreiras mais curtas e em posições de menor poder demonstravam atitudes consistentemente mais negativas.

Também em 2010, C. Lammie *et al.* (8) estudaram os corpos de enfermagem das alas forenses de baixa e média segurança de dois hospitais. A abordagem fez uso de um método misto: inicialmente, pediu-se aos participantes do estudo que fornecessem exemplos verificados pelo próprio de, primeiro, práticas discriminatórias e/ou atitudes negativas relativas aos doentes mentais em ambientes forenses, e, depois, de práticas antidiscriminatórias e/ou atitudes positivas, tendo as respostas depois sido analisadas e avaliadas de acordo com seis aspetos do estigma sugeridos pelos próprios autores: “[crença na] reabilitação e recuperação [dos doentes mentais]”, “apoio dos direitos [dos doentes mentais]”, “respeito nas relações [com os doentes mentais]”, “reconhecimento da capacidade e controlo [dos doentes mentais]”, “apoio do ambiente [aos doentes mentais]” e “perigosidade [dos doentes mentais]”; de seguida, os mesmos participantes preencheram o AQ 27, um questionário com largo alcance apresentado por Corrigan *et al.* em 2003 que tem vindo a ser cada vez mais usado nestas investigações e que examina nove aspetos do estigma, tal como propostos pelos seus autores: “responsabilização”, “pena”, “raiva”, “perigosidade”, “medo”, “ajuda”, “coerção”, “afastamento” e “segregação”. Na vertente qualitativa, os autores puderam verificar que, em praticamente todas as seis áreas analisadas, os exemplos positivos ultrapassavam os negativos. A única exceção verificada foi a nível da perigosidade, em que houve mais exemplos negativos; também a nível de crença na reabilitação as respostas negativas quase igualaram as positivas. Já na análise quantitativa do AQ 27 verificou-se que, em cinco das nove áreas do questionário, os resultados foram reveladores de níveis elevados de estigma, tendo essas áreas sido a pena, a perigosidade, a coerção, a segregação e o afastamento. Foi também notável a diferença entre homens e mulheres: os homens tiveram resultados reveladores de maior estigma nas áreas da responsabilização e do afastamento. Surpreendentemente, houve também uma diferença estatisticamente significativa entre os corpos de enfermagem das alas de média segurança e os das alas de baixa segurança, sendo que o estigma encontrado foi mais alto neste último caso. Em conclusão, o único aspeto do estigma em que os resultados foram negativos em ambas as formas de avaliação foi a crença na perigosidade dos

doentes; no entanto, os autores defendem que, tratando-se de alas forenses, esta crença não é totalmente injustificada nem inesperada, notando que, apesar dela, os níveis de vontade de ajudar (“ajuda”) no estudo quantitativo foram altos. No tema da crença na reabilitação houve também um alto grau de respostas negativas, enquanto as áreas do afastamento e da distância social obtiveram resultados algo cinzentos, requerendo, de acordo com os investigadores, mais estudo, pois podem dever-se quer à necessidade de manter distância profissional, quer a uma atitude realmente negativa relativamente aos doentes mentais.

Outros estudos utilizaram outras escalas, ou adaptações das acima mencionadas, e dividiram os aspetos do estigma da doença mental, por exemplo, em “cuidados e apoio”, “afastamento”, “desconfiança” e “estereótipos negativos” (37) ou “estigma”, “subestimação das capacidades dos doentes” e “ceticismo relativamente ao tratamento” (38), entre outros.

Da análise de todos os artigos de investigação escolhidos para esta revisão, dois aspetos do estigma parecem sobressair como mais relevantes e comuns entre os profissionais de saúde, sendo quase universalmente mencionados: o ceticismo na recuperação e o desejo de distância social. Na verdade, numa revisão da literatura relativa a este tema publicada em 2007, B. Schulze (5) descreve várias investigações em que os psiquiatras mostraram ser o grupo com maior pessimismo em relação ao tratamento e prognóstico de doentes com esquizofrenia e depressão, quer quando comparados com a população em geral, quer com outros profissionais de saúde: por exemplo, só 56% acreditam na possibilidade de reabilitação na esquizofrenia (39). Além disso, é realçado, num estudo de 2004, que só 71,4% dos psiquiatras estariam dispostos a tomar antipsicóticos se eles próprios sofressem de esquizofrenia (40). Também o desejo de distância social (4, 32) foi investigado em três grandes estudos, em que um deles concluiu que cerca de 50% dos psiquiatras não gostariam de visitar um doente em casa ou de o encontrar num evento social (39) e os outros dois indicaram que os profissionais de saúde revelam tanto desejo de distância social como a população em geral: no caso específico dos psiquiatras, até mais (23, 41). Em três outros estudos focados particularmente nas atitudes estigmatizantes dos psiquiatras foi igualmente demonstrado que as atitudes deste grupo profissional são, em vários aspetos, mais negativas do que as do público em geral (17, 42, 43).

Conclui-se assim que o estigma da doença mental possui diferentes manifestações e que, enquanto alguns estudos apontam para um (esperado) menor nível global do fenómeno entre os profissionais de saúde, muitos há também que demonstram

o contrário; nomeadamente, em algumas áreas, encontrou-se um grau de estigma mais elevado entre os psiquiatras do que em qualquer outro grupo, incluindo a população em geral. O pessimismo relativamente ao tratamento e prognóstico e o desejo de distância social, em particular, parecem ser as atitudes estigmatizantes mais prevalentes entre os profissionais de saúde, achados aparentemente transversais a vários países e culturas.

Tipos de Doença Mental

A maioria dos estudos encontrados sobre o estigma da doença mental baseiam-se naquela que é considerada por muitos a doença mais grave e paradigmática da Psiquiatria: a esquizofrenia (38, 39, 44). Na verdade, não só muitas investigações se centram exclusivamente nesta patologia, como alguns estudos-teste de formas de combate ao estigma, como será discutido abaixo, pesquisam métodos que seriam aplicáveis apenas no caso da esquizofrenia, como, por exemplo, a experiência de alucinações auditivas simuladas (44). Assim, apesar de o objetivo desta revisão ser avaliar o estado da literatura relativamente ao estigma relacionado com todo o espectro das doenças mentais, foi fácil verificar que a maioria dos esforços dos autores se encontram centrados na esquizofrenia, o que é rapidamente justificável pelo facto de esta se tratar da doença mental que, por todas as suas características, possui mais estigma associado, quer a nível de ceticismo relativamente ao tratamento e prognóstico dos doentes, quer a nível da noção pública de perigosidade dos indivíduos afetados e do desejo de distância dos mesmos (5).

Ainda assim, e ainda que poucos, há alguns exemplos na literatura de investigações desenhadas com o objetivo de comparar o estigma relativo a diferentes patologias psiquiátricas. Em 2009, H. Rao *et al.* (45) aplicaram o questionário AMIQ a 108 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e auxiliares) de quatro serviços de saúde em Inglaterra: dois de saúde mental e dois de emergência. Na primeira parte do estudo, cada indivíduo preencheu o AMIQ relativo a cada uma de três vinhetas que descreviam doentes mentais fictícios: um com um episódio isolado de psicose aguda, um com esquizofrenia e um que já estivera internado numa ala forense de segurança. Na segunda parte, os participantes foram divididos em dois grupos, em que o primeiro recebeu duas vinhetas que descreviam simplesmente dois doentes, um com dependência de opióides e outro com alcoolismo, e o segundo vinhetas relativas aos mesmos doentes, mas com o acréscimo de se encontrarem em recuperação e de volta ao trabalho. O estudo concluiu que os níveis de estigma eram mais elevados em relação ao doente da ala forense, e, de seguida, em relação ao doente com esquizofrenia; já o doente com o

episódio isolado de psicose era visto sob uma luz muito melhor. No que diz respeito aos doentes com adições, observou-se que o estigma era tão elevado relativamente a estes como em relação ao doente da ala forense; no entanto, nas vinhetas que os representavam em recuperação, os níveis de estigma eram consideravelmente mais baixos, encontrando-se num grau semelhante ao do doente esquizofrénico. Estes dados são consistentes com os resultados obtidos por Dein *et al.* em 2007 (46), que constataram que os doentes dos serviços forenses são, de entre todos os doentes mentais, vítimas do maior grau de estigma. Vão também de encontro aos encontrados por Crisp *et al.* num inquérito de 2005 realizado para avaliar os efeitos da *Changing Minds Campaign* que revelou que os doentes mentais mais estigmatizados eram os que sofriam de esquizofrenia, alcoolismo ou adição a drogas. Dentro destes traços gerais, os graus dos diferentes aspetos do estigma também parecem variar: no mesmo estudo, a nível de culpabilização, por exemplo, cerca de 60% dos questionados consideravam os doentes com alcoolismo ou adição a drogas responsáveis pela sua doença, enquanto em relação à esquizofrenia e outras doenças mentais as percentagens eram abaixo de 10%.

No seu estudo de 2007, Covarrubias e Han (47) avaliaram o estigma da “doença mental grave” entre estudantes da área dos serviços sociais, tendo utilizado como definição de “doença mental grave” a especificada no DSM-IV-TR (versão revista do DSM-IV publicada em 2000): ou seja, a que engloba esquizofrenia, doença bipolar e depressão *major*. Apesar de a definição assumida abarcar doenças que raramente são abordadas nos estudos relativos ao estigma (doença bipolar e depressão) e que seria interessante analisar, os autores não estudaram cada uma destas individualmente, pelo que, infelizmente, os resultados, apesar de revelarem níveis significativos de estigma, não são passíveis de interpretação de forma separada. No entanto, relativamente à depressão em particular, esta foi investigada de forma muito interessante por Murray *et al.* (48). No seu artigo, os autores exploram a perceção da depressão nos idosos por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários (médicos de clínica geral, enfermeiros e trabalhadores dos serviços sociais). Através de um estudo qualitativo baseado em entrevistas, confirmou-se a noção de que o facto de os fatores de risco para depressão serem mais frequentes nas vidas dos idosos (perda, luto, isolamento social, doença orgânica, incapacidade, etc.) (49) faz com que a mesma seja desvalorizada no seu seguimento médico. Apesar de nenhum profissional considerar que a depressão seja “normal” na terceira idade, muitos, em particular os trabalhadores dos serviços sociais, são resistentes à ideia da necessidade de medicar a doença nesta idade, por acreditarem que os fatores que a desencadeiam são intrínsecos à fase final da vida e não podem ser alterados. Além disso, a maioria dos entrevistados reportaram relutância por parte dos

doentes em queixar-se de sintomas psiquiátricos, referindo que os próprios têm a crença de que a depressão é algo natural e que não é um problema grave o suficiente para “incomodar o médico” (inclusive, pôde concluir-se que os enfermeiros eram mais frequentemente consultados acerca deste tipo de patologias do que os médicos), ao contrário das doenças somáticas. Acresce o facto de os próprios médicos também tenderem a pensar que o que mais preocupa os doentes são os problemas orgânicos, gerando-se, assim, um círculo vicioso. Este erro de pensamento origina atitudes clínicas desequilibradas com consequências potencialmente graves: a depressão é associada a risco de suicídio em qualquer idade, mas este risco é particularmente alto acima dos 75 anos (50), principalmente nos homens, que os participantes do estudo de Murray *et al.* apontaram como os que mais dificilmente se abrem acerca de problemas psicológicos, talvez por questões relacionadas com a educação que receberam. Assim, podendo a reserva dos doentes em abordar a sua própria psicopatologia dever-se a crenças estigmatizantes enraizadas na sociedade acerca de a depressão ser uma consequência natural do envelhecimento e de as doenças orgânicas serem as únicas que merecem atenção médica, sendo a doença mental apenas um “sinal de fraqueza”, cabe aos profissionais de saúde aprenderem a abordar este tema por iniciativa própria, de forma a poderem ajudar os doentes no seu todo e evitar consequências graves e desnecessárias: afinal de contas, é um dado conhecido que uma grande percentagem das vítimas de suicídio recorrem aos serviços de saúde na semana anterior a cometerem o ato (48).

Verifica-se assim que a doença mental mais estudada na literatura é a esquizofrenia, sendo que, a nível de estigma associado, esta patologia parece ser ultrapassada apenas pelas adições a substâncias de abuso, assim como pelo caso particular de doentes mentais (com qualquer patologia) que estão ou já estiveram confinados a uma ala forense. Os aspetos do estigma mais fortes nestes casos são, como globalmente verificado, o pessimismo em relação à recuperação e o desejo de distância social, assim como a perceção de perigosidade. A estigmatização de outras doenças em particular, como a doença bipolar ou a depressão, encontra-se muito pouco estudada, sendo, no entanto, certo que existe. No caso particular da depressão, o mero facto de os seus sintomas serem desvalorizados, principalmente na terceira idade, tem origem em atitudes estigmatizantes e é, em si, um tipo de demonstração de estigma. São necessárias investigações que analisem mais de perto todo o espectro das doenças mentais no que diz respeito a esta problemática, não se devendo desvalorizar as de “menor gravidade”. Além disso, com base nos dados conhecidos, parece estar nas mãos dos profissionais de saúde aprender a tomar as atitudes que seria desejável encontrar em toda a população para que o círculo vicioso possa começar a ter um fim à vista.

Variáveis de Influência

Além da doença mental específica em causa, vários outros fatores, individuais e intrínsecos aos próprios profissionais de saúde, têm sido estudados para verificar a sua relação com o grau de estigma manifestado. Estes fatores incluem o género, a idade, a etnia, a cultura, a profissão específica, a experiência, o grau de contacto não-profissional com a doença mental e a existência ou não de diagnóstico de doença mental no próprio profissional, entre outros.

As diferenças entre os vários tipos de profissionais de saúde são uma área cinzenta, sendo que os estudos existentes, como já falado acima, não concordam completamente entre si: muitos verificaram que quanto maior a especificidade da formação, menor o estigma contra a doença mental; no entanto, uma quantidade muito significativa deles encontrou níveis mais elevados de estigma nos psiquiatras do que em quaisquer outros profissionais de saúde, e até mais do que na população em geral, nomeadamente nos aspetos do ceticismo relativamente ao tratamento e recuperação e do desejo de distância social (4, 5, 17, 23, 32, 39, 41-43). Cohen e Cohen (51), em 1984, descreveram o conceito de “ilusão do clínico”, que pode explicar os níveis mais elevados de estigma por vezes encontrados nos profissionais de saúde, e, em particular, nos psiquiatras: estas pessoas são constantemente expostas à doença mental no seu pior estado, que é usualmente a altura em que os indivíduos recorrem a ajuda profissional, e este tipo de contacto “enviesado” pode levar a generalizações negativas e a um grau de pessimismo superior ao da população em geral.

No que diz respeito ao género, a maioria dos estudos não encontrou diferenças estatisticamente significativas; no entanto, aqueles que encontraram verificaram que os níveis de estigma nas mulheres são tendencialmente menores do que nos homens (8, 35). A idade demonstrou ser um fator ainda menos importante; na generalidade, as investigações não verificaram qualquer correlação entre esta variável e o grau de estigma manifestado, à exceção de alguns que reportam uma diminuição do aspeto do estigma referente à perceção de perigosidade dos doentes mentais e, conseqüentemente, ao medo a eles associado, quanto mais elevada a idade dos profissionais de saúde. Um exemplo é o de C. Lammie *et al.* (8).

A etnia e a cultura são aspetos mais controversos, havendo uma divisão entre autores que defendem que o estigma é um fenómeno transversal a toda a humanidade e pouco relacionado com estes fatores (39, 52) e outros que chegaram a resultados estatisticamente significativos que demonstram o oposto (53). Estes últimos, na generalidade, defendem que, em países ou culturas onde a doença mental é globalmente

mais vista como fraqueza de carácter, o estigma é necessariamente mais elevado, podendo estender-se aos profissionais de saúde, apesar da (e contra a) sua formação. Em parte, este fenómeno relaciona-se geograficamente com a raça, pelo que os dois fatores (etnia e cultura) estão muitas vezes interligados. O estudo já referido de M. Chambers *et al.* (35), por exemplo, atribuiu aos enfermeiros lituanos as atitudes mais negativas de entre uma amostra de cinco países. Este resultado não surpreendeu os autores, por se encontrar em conformidade com o defendido anteriormente por Puras *et al.* (36) relativamente à população geral da Lituânia. Além disso, outros autores haviam já encontrado níveis muito elevados de estigma contra a doença mental nos países do leste da Europa em geral, relacionando isso com a história dessa região e com a sua situação social e política (54, 55). Também a investigação de H. Hori *et al.* (38) no Japão apontou as diferenças culturais como possível explicação para os níveis superiores de estigma encontrados nesse país, e na Ásia em geral, quando comparados com os do Ocidente: por tradição cultural, os asiáticos associam a doença mental menos a fatores biológicos e mais a falhas pessoais, como “excesso de nervos” ou “fraqueza de carácter” (56, 57). Na sua análise do estigma da doença mental entre estudantes de Enfermagem, T. Schafer *et al.* (58) encontraram também um peso importante do fundo cultural dos indivíduos: embora a quantidade de participantes asiáticos não tenha sido suficiente para tirar conclusões estatisticamente significativas, as de brancos e negros foram, tendo-se encontrado atitudes consistentemente mais negativas entre os negros. Os autores associaram este achado ao facto de os negros atribuírem com menor probabilidade a doença mental a fatores biológicos ou genéticos, sendo mais comum nas suas culturas uma visão espiritual que pode perpetuar noções como a da “possessão demoníaca” ou da “maldição” (59); nas suas conclusões, propõem mudanças nos planos curriculares dos cursos de Enfermagem de forma a que estas noções possam ser ultrapassadas. Assim, no geral, a literatura parece apontar para níveis de estigma mais elevados nos países orientais e do leste da Europa, assim como nas minorias negras e asiáticas integradas em comunidades ocidentais, do que nas populações nativas dos países ocidentais. Tendo em conta tudo o que se conhece, é difícil não estabelecer algum nível de relação entre essas conclusões e as crenças culturais dos países e etnias em causa. Esta informação deveria contribuir para que a formação dos profissionais de saúde fosse repensada, de forma a incluir estratégias para erradicar quaisquer mitos relativos à doença mental que possam causar atitudes negativas, já que a sua existência nestes indivíduos não é compatível com o fornecimento dos melhores cuidados à população.

A experiência profissional, relacionada com a posição na carreira, não foi muito estudada enquanto variável de influência no estigma da doença mental; no entanto,

alguns autores, como Sadow *et al.* (60), sugeriram que o nível de estigma aumenta com a progressão na carreira e com a subida na hierarquia profissional. Os resultados encontrados no estudo de M. Chambers *et al.* (35), porém, não vão de encontro a esta ideia; nessa investigação, as atitudes dos enfermeiros em posições mais baixas e/ou com menos experiência eram consistentemente mais negativas do que as dos que possuíam mais experiência e/ou se encontravam em posições de chefia. Outros estudos anteriores suportam também estes últimos dados (61, 62). Duas explicações foram propostas pelos autores para este fenómeno: ou o tipo e maior quantidade de contacto nos profissionais com mais experiência contribuem para atitudes mais positivas ou, simplesmente, os profissionais que escolhem manter-se na área da saúde mental durante toda a sua carreira têm menos estigma à partida, enquanto os menos experientes e com atitudes mais estigmatizantes acabam por seguir outras áreas. É fácil concluir que a variável da experiência profissional se relaciona intimamente com a hipótese do contacto como forma de combate ao estigma, a discutir à frente nesta revisão; no entanto, sendo este também um campo controverso, seria necessária uma quantidade maior de estudos para se chegar a conclusões definitivas sobre a influência da extensão e posição na carreira profissional no estigma individual contra a doença mental. Já o contacto não-profissional com a doença mental, nomeadamente o voluntário (em contexto de amizade ou voluntariado, entre outros), é uma variável menos ambivalente e que parece relacionar-se quase invariavelmente com níveis mais reduzidos de estigma. T. Schafer *et al.* (58), por exemplo, concluíram que os estudantes de Enfermagem que conheciam pessoas com doença mental fora do âmbito educacional/profissional tinham atitudes mais positivas para com a psicopatologia e propuseram que o contacto é, de facto, uma variável associada com a redução do estigma, desde que esse contacto aconteça em termos de igualdade e não no seio de uma relação autoritária profissional-doente, situação cujos efeitos, como dito acima, são controversos. Também Covarrubias e Han (47) provaram que a existência de contacto social íntimo dos profissionais com amigos com doença mental se associava a um grau consideravelmente menor de estigma, nomeadamente no aspeto do desejo de distância social; já no contacto com familiares com doença mental não se verificou a mesma associação, o que poderá ser mais uma indicação de que, para induzir atitudes mais positivas, o contacto tem de ser voluntário, ao contrário do que, por definição, acontece numa relação familiar.

Por último, a existência ou não de diagnóstico de doença mental nos próprios profissionais de saúde foi, de todas as variáveis estudadas nesta revisão, a menos investigada. A informação mais clara encontrada neste sentido foi a do estudo de Covarrubias e Han (47): os autores verificaram que os profissionais que sofriam de

psicopatologia demonstravam níveis inferiores de estigma no que dizia respeito ao desejo de colocar restrições aos doentes mentais, o que pode ser facilmente explicado pelo facto de não quererem ver a sua própria liberdade limitada, mas o mesmo não se mostrou verdadeiro para outros aspetos do estigma, como o desejo de distância social. Este é outro campo em que seria necessária mais investigação para se poder extrair conclusões sólidas.

Em conclusão, tanto por se tratar de um tema muito complexo como por haver ainda dados insuficientes, as variáveis que influenciam o estigma da doença mental entre os profissionais de saúde e a forma como o fazem não estão ainda completamente esclarecidas. As únicas associações relativamente sólidas que se podem traçar são entre níveis inferiores de estigma e o sexo feminino, a cultura ocidental (em contraponto com a da Europa de leste, a asiática e a das minorias negras, sendo estas as únicas estudadas a nível estatisticamente significativo) e a existência de contacto não-profissional voluntário com doença mental. Outras variáveis, como a idade, a profissão específica, a experiência e posição na carreira e a presença de doença mental no próprio profissional são ainda controversas, quer por não haver dados que suportem o seu peso (quer a favor, quer contra o estigma), quer por haver conclusões contraditórias entre os diferentes autores acerca do seu efeito. Futuras investigações mais aprofundadas e corajosas poderão, porventura, ajudar a trazer luz a este campo, contribuindo para que se possam traçar estratégias mais eficazes de combate ao estigma.

Combate ao Estigma

Nas suas investigações, os diferentes autores não se limitam a descrever o estigma e os seus aspetos estatísticos, frequentemente propondo também estratégias de combate a esse fenómeno; na verdade, existe uma grande quantidade de estudos direcionados ao apuramento de quais serão as melhores formas de o fazer.

No seu artigo de 2010, C. Berry *et al.* (63) dirigem-se ao conceito da exclusão social associada à doença mental e à necessidade de práticas inclusivas que erradiquem a mesma. Estes autores referem que a mudança tem de partir quer de um nível individual, através da revisão e alteração de atitudes por parte dos profissionais de saúde, que têm o maior potencial para ser agentes de mudança, quer de um nível organizacional. No que diz respeito aos profissionais de saúde, os autores defendem a maior inclusão dos doentes mentais nas decisões clínicas que lhes dizem respeito e o final das práticas médicas defensivas; a nível organizacional, propõem que seja adotada

uma visão mais coletivista com mudança do paradigma atual, em que é mais provável um profissional que “arrisca” um comportamento de inclusão ser prejudicado do que um que se refugia em práticas defensivas. Frisam, no entanto, que todo e qualquer progresso individual ou organizacional terá de ser suportado por alterações nas atitudes dos governos, não devendo estas entidades ceder ao estigma do público e às suas “exigências” de políticas restritivas para com os doentes mentais: afinal de contas, isso serve apenas para perpetuar o estigma, dando azo a um círculo vicioso.

Para a redução do estigma individual, várias propostas são colocadas. Com maior relevância, há na literatura uma divisão clara entre os autores que defendem o peso positivo do contacto com a doença mental na erradicação do estigma (8, 44, 47, 64, 65) e os que acreditam que o mesmo só serve para o aumentar (apontando como exemplo disso o facto de muitos profissionais de saúde demonstrarem níveis de estigma mais elevados do que a população em geral, apesar da sua experiência) (34, 37, 45), existindo dados estatísticos em ambos os sentidos. Alguns investigadores vão mais longe e propõem a diferença entre o contacto voluntário e “de igual para igual” (com amigos, no âmbito de voluntariado, etc.) e o involuntário (profissional, familiar, etc.), defendendo que o primeiro tem um efeito positivo na redução do estigma, ao contrário do último (47, 58, 64). Esta visão parece ser a mais razoável, tendo já fundamento estatístico significativo. Assumindo o contacto como uma influência potencialmente positiva, alguns autores têm vindo a pesquisar as melhores formas de o utilizar em métodos concretos de combate ao estigma. É neste contexto que surgem os MHCE (*mental health consumer educators*; em português, *educadores com experiência de utilização de serviços de saúde mental*), indivíduos que já sofreram de doença mental ou que se encontram a recuperar da mesma e que se voluntariam para partilhar as suas experiências com estudantes, profissionais de saúde e até com a população geral, sendo frequentemente treinados para isso por diferentes organizações de saúde mental. Numa investigação de 2012, E. Nguyen *et al.* (64) compararam a eficácia do contacto direto (cara-a-cara) com MHCE com o contacto indireto (através da visualização de vídeos onde os MHCE partilhavam as suas experiências) na erradicação do estigma em estudantes de Ciências Farmacêuticas. Entre os dois, o contacto direto tem historicamente demonstrado ser mais eficaz (66-68); no entanto, o indireto, através de vídeos e da internet, por exemplo, tem inúmeras vantagens, como o facto de ser de muito mais fácil acesso, aplicável a números incomparavelmente maiores de pessoas e permitir melhor proteção do anonimato (69, 70). Os autores do estudo verificaram que, apesar de o contacto direto se confirmar como ideal, ambos os métodos foram capazes de reduzir significativamente o estigma dos participantes, tal como medido pela escala adaptada utilizada na investigação (uma vez

antes das intervenções, e novamente depois das mesmas); assim, propõem que este tipo de método seja adotado a larga escala para aplicação em todos os tipos de profissionais de saúde. Galletly e Burton (44) haviam também provado a eficácia do contacto indireto através da demonstração de um vídeo; no entanto, estas autoras acrescentaram ao seu método a experiência de alucinações auditivas simuladas pelos participantes, uma outra forma sugerida para combater o estigma que tem tido resultados controversos (71, 72): os bons resultados obtidos neste estudo vão de encontro à ideia de que o tempo de duração das alucinações se relaciona com a eficácia do método, parecendo o tempo ideal ser 40-45 minutos.

Outros métodos de combate ao estigma têm sido sugeridos. Usualmente, os autores que rejeitam a eficácia do contacto mostram preferência pelas estratégias de informação e formação teórica (34, 37, 45); no entanto, esta linha de pensamento tem vindo a perder força, dado que o simples facto de o estigma da doença mental ser um problema entre os profissionais de saúde, apesar da sua formação, demonstra que o conhecimento não é o suficiente para erradicar o fenómeno. É também um facto comprovado que as representações sensacionalistas dos *media* da doença mental e da Psiquiatria em si contribuem altamente para o estigma, pelo que a mudança deveria passar também por esse nível (5, 45).

Possíveis Vieses

É importante realçar que um viés significativo apontado por praticamente todos os artigos de investigação estudados é o de que, para todos os efeitos, foram tidas em conta apenas as atitudes dos indivíduos questionados. Não tendo sido observados os seus comportamentos, é impossível saber até que ponto as atitudes reportadas correspondem aos comportamentos esperados em cada caso, e, portanto, também até que ponto os graus teóricos de estigma encontrados se traduzem realmente em níveis equivalentes de discriminação e exclusão social, entre outros. Mais do que isso, e apesar dos diferentes formatos dos mesmos encontrados nas várias investigações, todos os questionários eram constituídos por questões de autopreenchimento, pelo que as respostas apuradas estão necessariamente sujeitas a uma subjetividade variável: ou seja, mesmo no que diz respeito às atitudes, os dados utilizados para a sua determinação são aqueles que os questionados quiseram fornecer, e, apesar do anonimato garantido em muitos casos, pode ter havido fatores importantes de desejabilidade social a levá-los a responder aquilo que consideraram “correto” e não necessariamente o mais verdadeiro. Assim, o estigma

real dos indivíduos estudados pode, em muitos casos, ter sido erradamente estimado; com maior probabilidade, subestimado.

Outro possível viés, também devido ao facto de a maioria das investigações se basearem em questionários de autopreenchimento ou entrevistas de participação voluntária, reside no facto de os indivíduos que desejaram participar poderem ter sido tendencialmente os que tinham menos estigma à partida e que, portanto, se interessavam mais pelo tema, correndo-se o risco de se estar a avaliar precisamente a porção da população-alvo com níveis mais reduzidos de estigma, o que contribui também para que o mesmo seja subestimado.

Conclusão

Esta revisão da literatura relativa ao estigma da doença mental entre os profissionais de saúde permitiu verificar que este é um fenómeno perigosamente comum, de prevalência variável de acordo com vários fatores, como a cultura, o género e o nível de contacto não-profissional com a doença mental, entre outros menos estabelecidos; que não tem vindo a diminuir, apesar da maior informação disponível; e que os psiquiatras não lhe são imunes, antes pelo contrário: em muitos estudos, foram apurados como o grupo mais estigmatizante em várias vertentes.

Os aspetos do estigma mais comuns entre os profissionais de saúde, de acordo com a literatura atual, são o desejo de distância social e o pessimismo relativamente ao tratamento e recuperação, sendo as patologias mais afetadas por este fenómeno a adição a álcool e substâncias de abuso e a esquizofrenia. Outras patologias psiquiátricas altamente prevalentes, como a depressão ou a doença bipolar, encontram-se muito pouco estudadas a este nível, sendo necessária mais investigação.

O combate ao estigma parece prender-se com a mudança de paradigmas a vários níveis, desde o individual ao governamental. Os profissionais de saúde são encorajados a rever as suas atitudes de forma crítica e a modificá-las de maneira a poderem cumprir a sua função de prestar os melhores cuidados às suas populações. Para o atingimento deste objetivo, além da reflexão pessoal, são propostos métodos de contacto indireto de aplicabilidade universal, simples e barata que têm demonstrado bons resultados em variadíssimas investigações.

Também as organizações necessitam de adotar práticas mais inclusivas relativamente à doença mental, sendo essencial que os governos não as contrariem ou impossibilitem através da cedência às exigências populacionais, geradas pelo estigma público, de imposição de políticas restritivas aos doentes mentais. É nos profissionais de saúde e nos governantes que reside o maior potencial de agentes de mudança, e é deles que deve partir o exemplo para que, aos poucos, o combate ao estigma na população em geral se torne, também ele, uma realidade mais fácil.

Apesar de todos os avanços científicos, e em pleno século XXI, o estigma da doença mental continua a ser uma mancha entre os próprios prestadores de cuidados de saúde. Embora lhe tenha vindo a ser dedicada uma atenção razoável, esta revisão demonstra que ainda é necessária muita investigação para esclarecer variados aspetos

deste fenómeno, de maneira a compreendê-lo na sua totalidade e fazer por erradicá-lo da forma mais eficaz possível.

Referências Bibliográficas

1. Gregor C. *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*, Graham Thornicroft, Oxford, Oxford University Press, 2006, pp. xviii + 301, ISBN 9 78019 857 0981, £24.95. *British Journal of Social Work*. 2007 June 1, 2007;37(4):762-4.
2. Lauber C, Sartorius N. At issue: anti-stigma-endeavours. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2007 Apr;19(2):103-6. PubMed PMID: 17464787. Epub 2007/04/28. eng.
3. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2009 Aug;16(6):558-67. PubMed PMID: 19594679. Epub 2009/07/15. eng.
4. Jorm AF, Oh E. Desire for social distance from people with mental disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2009 Mar;43(3):183-200. PubMed PMID: 19221907. Epub 2009/02/18. eng.
5. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2007 Apr;19(2):137-55. PubMed PMID: 17464792. Epub 2007/04/28. eng.
6. Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International journal of mental health systems*. 2008;2(1):3. PubMed PMID: 18405393. Pubmed Central PMCID: 2365928.
7. Van Den Tillaart S, Kurtz D, Cash P. Powerlessness, marginalized identity, and silencing of health concerns: voiced realities of women living with a mental health diagnosis. *International journal of mental health nursing*. 2009 Jun;18(3):153-63. PubMed PMID: 19490225.
8. Lammie C, Harrison TE, Macmahon K, Knifton L. Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2010 Oct;17(8):706-14. PubMed PMID: 21050337.
9. El-Badri S, Mellsop G. Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2007 Jun;15(3):195-200. PubMed PMID: 17516180. Epub 2007/05/23. eng.
10. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *The Australian and New Zealand journal of*

- psychiatry. 2006 Jan;40(1):51-4. PubMed PMID: 16403038. Epub 2006/01/13. eng.
11. Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2008 Jan;46(1):42-8. PubMed PMID: 18251351.
 12. Horsfall J, Cleary M, Hunt GE. Stigma in mental health: clients and professionals. *Issues in mental health nursing*. 2010 Jul;31(7):450-5. PubMed PMID: 20521914. Epub 2010/06/05. eng.
 13. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27(1):363-85.
 14. Corrigan PW, Watson AC, Warpinski AC, Gracia G. Implications of educating the public on mental illness, violence, and stigma. *Psychiatric services*. 2004 May;55(5):577-80. PubMed PMID: 15128968.
 15. Farina A, Allen JG, Saul BB. The role of the stigmatized person in affecting social relationships. *Journal of personality*. 1968 Jun;36(2):169-82. PubMed PMID: 4232450.
 16. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1997 Nov;90(11):618-21. PubMed PMID: 9496274. Pubmed Central PMCID: 1296672.
 17. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Henderson S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 1999 Feb;33(1):77-83. PubMed PMID: 10197888. Epub 1999/04/10. eng.
 18. Smith M. Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2002 September 1, 2002;8(5):317-23.
 19. Jones A, Crossley D. In the mind of another shame and acute psychiatric inpatient care: an exploratory study. A report on phase one: service users. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2008 Nov;15(9):749-57. PubMed PMID: 18844801. Epub 2008/10/11. eng.
 20. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*. 1999;25(3):467-78. PubMed PMID: 10478782.
 21. Lysaker PH, Buck KD, Lintner JI. Addressing recovery from severe mental illness in clinical supervision of advanced students. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2009 Apr;47(4):36-42. PubMed PMID: 19437930.
 22. Lauber C, Anthony M, Ajdacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European psychiatry : the journal of the Association*

- of European Psychiatrists. 2004 Nov;19(7):423-7. PubMed PMID: 15504649. Epub 2004/10/27. eng.
23. Nordt C, Rossler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*. 2006 Oct;32(4):709-14. PubMed PMID: 16510695. Pubmed Central PMCID: 2632277.
 24. Cohen NL. Stigma is in the eye of the beholder: a hospital outreach program for treating homeless mentally ill people. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1990 Spring;54(2):255-8. PubMed PMID: 2364212. Epub 1990/01/01. eng.
 25. Minkoff K. Resistance of mental health professionals to working with the chronic mentally ill. *New directions for mental health services*. 1987 Spring(33):3-20. PubMed PMID: 3574266.
 26. Hromco JG, Lyons JS, Nikkel RE. Mental health case management: characteristics, job function, and occupational stress. *Community mental health journal*. 1995 Apr;31(2):111-25. PubMed PMID: 7789120.
 27. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine (1982)*. 2003 Jan;56(2):299-312. PubMed PMID: 12473315.
 28. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric services*. 2001 Dec;52(12):1621-6. PubMed PMID: 11726753.
 29. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*. 2004;30(3):511-41. PubMed PMID: 15631243.
 30. Taylor SM, Dear MJ, Hall GB. Attitudes toward the mentally ill and reactions to mental health facilities. *Social science & medicine Medical geography*. 1979 Dec;13D(4):281-90. PubMed PMID: 524136. Epub 1979/12/01. eng.
 31. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin*. 1981;7(2):225-40. PubMed PMID: 7280561. Epub 1981/01/01. eng.
 32. Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric services*. 2001 Jul;52(7):953-8. PubMed PMID: 11433114. Epub 2001/07/04. eng.
 33. Cohen J, Struening EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. *Journal of Abnormal & Social Psychology*. 1962;64(5):349-60.

34. Smith AL, Cashwell CS. Stigma and Mental Illness: Investigating Attitudes of Mental Health and Non-Mental-Health Professionals and Trainees. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*. 2010 00/00;49(2):189-202.
35. Chambers M, Guise V, Valimaki M, Botelho MA, Scott A, Staniuliene V, et al. Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries. *International journal of nursing studies*. 2010 Mar;47(3):350-62. PubMed PMID: 19804882.
36. Puras D, Germanavicius A, Povilaitis R, Veniute M, Jasilionis D. Lithuania mental health country profile. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2004 Feb-May;16(1-2):117-25. PubMed PMID: 15276944.
37. Minas H, Zamzam R, Midin M, Cohen A. Attitudes of Malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. *BMC public health*. 2011;11:317. PubMed PMID: 21569613. Pubmed Central PMCID: 3112131.
38. Hori H, Richards M, Kawamoto Y, Kunugi H. Attitudes toward schizophrenia in the general population, psychiatric staff, physicians, and psychiatrists: a web-based survey in Japan. *Psychiatry research*. 2011 Apr 30;186(2-3):183-9. PubMed PMID: 20846728.
39. Ucok A, Polat A, Sartorius N, Erkoç S, Atakli C. Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2004 Feb;58(1):89-91. PubMed PMID: 14678463.
40. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G, Fleischhacker WW. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry*. 2004 May;37(3):103-9. PubMed PMID: 15138893.
41. Van Dorn RA, Swanson JW, Elbogen EB, Swartz MS. A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry*. 2005;68(2):152-63. PubMed PMID: 16247858. Epub 2005/10/26. eng.
42. Ono Y, Satsumi Y, Kim Y, Iwadate T, Moriyama K, Nakane Y, et al. Schizophrenia: is it time to replace the term? *Psychiatry and clinical neurosciences*. 1999 Jun;53(3):335-41. PubMed PMID: 10459734. Epub 1999/08/25. eng.
43. Kua JH, Parker G, Lee C, Jorm AF. Beliefs about outcomes for mental disorders: a comparative study of primary health practitioners and psychiatrists in Singapore. *Singapore medical journal*. 2000 Nov;41(11):542-7. PubMed PMID: 11284613. Epub 2001/04/04. eng.

44. Galletly C, Burton C. Improving medical student attitudes towards people with schizophrenia. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2010 Dec 8. PubMed PMID: 21142404. Epub 2010/12/15. Eng.
45. Rao H, Mahadevappa H, Pillay P, Sessay M, Abraham A, Luty J. A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2009 Apr;16(3):279-84. PubMed PMID: 19291157.
46. Dein K, Williams PS, Dein S. Ethnic bias in the application of the Mental Health Act 1983. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007 September 1, 2007;13(5):350-7.
47. Covarrubias I, Han M. Mental Health Stigma about Serious Mental Illness among MSW Students: Social Contact and Attitude. *Social Work*. 2011 October 1, 2011;56(4):317-25.
48. Murray J, Banerjee S, Byng R, Tylee A, Bhugra D, Macdonald A. Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Social science & medicine (1982)*. 2006 Sep;63(5):1363-73. PubMed PMID: 16698157. Epub 2006/05/16. eng.
49. Jorm AF. Epidemiology of mental disorders in old age. *Current Opinion in Psychiatry*. 1998;11(4):405-9.
50. Iliffe S, Manthorpe J. The prevention of suicide in later life: a task for GPs? *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2005 Apr;55(513):261-2. PubMed PMID: 15826431. Pubmed Central PMCID: 1463126.
51. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Archives of general psychiatry*. 1984 Dec;41(12):1178-82. PubMed PMID: 6334503.
52. Commander MJ, Odell SM, Surtees PG, Sashidharan SP. Care pathways for south Asian and white people with depressive and anxiety disorders in the community. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2004 Apr;39(4):259-64. PubMed PMID: 15085326.
53. Putman S. Mental illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness) Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2008 Oct;15(8):684-93. PubMed PMID: 18803744.
54. Rutz W. Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2001 (410):15-20. PubMed PMID: 11863046.

55. Tomov T. Mental health reforms in Eastern Europe. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2001 (410):21-6. PubMed PMID: 11863047.
56. Furnham A, Wong L. A cross-cultural comparison of British and Chinese beliefs about the causes, behaviour manifestations and treatment of schizophrenia. *Psychiatry research*. 2007 May 30;151(1-2):123-38. PubMed PMID: 17292484.
57. Nakane Y, Jorm AF, Yoshioka K, Christensen H, Nakane H, Griffiths KM. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC psychiatry*. 2005;5:33. PubMed PMID: 16174303. Pubmed Central PMCID: PMC1253516. Epub 2005/09/22. eng.
58. Schafer T, Wood S, Williams R. A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: implications for nurse training. *Nurse education today*. 2011 May;31(4):328-32. PubMed PMID: 20655630.
59. Schnittker J, Freese J, Powell B. Nature, Nurture, Neither, Nor: Black-White Differences in Beliefs about the Causes and Appropriate Treatment of Mental Illness. *Social Forces*. 2000 March 1, 2000;78(3):1101-32.
60. Sadow D, Ryder M, Webster D. Is education of health professionals encouraging stigma towards the mentally ill? *Journal of Mental Health*. 2002;11(6):657-65.
61. Scott DJ, Philip AE. Attitudes of psychiatric nurses to treatment and patients. *The British journal of medical psychology*. 1985 Jun;58 (Pt 2):169-73. PubMed PMID: 4016020.
62. Tay SE, Pariyasami S, Ravindran K, Ali MI, Rowsudeen MT. Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2004 Oct;42(10):40-7. PubMed PMID: 15543671. Epub 2004/11/17. eng.
63. Berry C, Gerry L, Hayward M, Chandler R. Expectations and illusions: a position paper on the relationship between mental health practitioners and social exclusion. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2010 Jun;17(5):411-21. PubMed PMID: 20584238. Epub 2010/06/30. eng.
64. Nguyen E, Chen TF, O'Reilly CL. Evaluating the impact of direct and indirect contact on the mental health stigma of pharmacy students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012 Jul;47(7):1087-98. PubMed PMID: 21755345. Epub 2011/07/15. eng.
65. O'Reilly CL, Bell JS, Chen TF. Mental health consumers and caregivers as instructors for health professional students: a qualitative study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012 Apr;47(4):607-13. PubMed PMID: 21384120. Epub 2011/03/09. eng.

66. Desforjes DM, Lord CG, Ramsey SL, Mason JA, Van Leeuwen MD, West SC, et al. Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *Journal of personality and social psychology*. 1991 Apr;60(4):531-44. PubMed PMID: 2037965.
67. Kolodziej ME, Johnson BT. Interpersonal contact and acceptance of persons with psychiatric disorders: a research synthesis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996 Dec;64(6):1387-96. PubMed PMID: 8991325.
68. Dovidio JF, Gaertner SL, Kawakami K. Intergroup Contact: The Past, Present, and the Future. *Group Processes & Intergroup Relations*. 2003 January 1, 2003;6(1):5-21.
69. Leach LS, Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF, Mackinnon AJ. Websites as a mode of delivering mental health information: perceptions from the Australian public. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007 Feb;42(2):167-72. PubMed PMID: 17160594. Epub 2006/12/13. eng.
70. Reinke RR, Corrigan PW, Leonhard C, Lundin RK, Kubiak MA. Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2004;23(3):377-89.
71. Brown SA. Implementing a brief hallucination simulation as a mental illness stigma reduction strategy. *Community mental health journal*. 2010 Oct;46(5):500-4. PubMed PMID: 19669675. Epub 2009/08/12. eng.
72. Brown SA, Evans Y, Espenschade K, O'Connor M. An examination of two brief stigma reduction strategies: filmed personal contact and hallucination simulations. *Community mental health journal*. 2010 Oct;46(5):494-9. PubMed PMID: 20414723. Epub 2010/04/24. eng.