ARLETE MODELLI

Avaliação de uma intervenção em grupo para facilitar a revelação do próprio diagnóstico e diminuir o autoestigma de pessoas com transtorno de humor, baseada no programa internacional *Honest Open Proud* - HOP

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Wulf Rössler
Coorientador: Dr. Alexandre Andrade Loch

São Paulo

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Modelli, Arlete
Avaliação de uma intervenção em grupo para facilitar a revelação do próprio diagnóstico e diminuir o autoestigma de pessoas com transtorno de humor, baseada no programa internacional Honest Open Proud - HOP / Arlete Modelli. -- São Paulo, 2021.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.
Orientador: Wulf Rössler.
Coorientador: Alexandre Andrade Loch.

Descritores: 1.Estigma social 2.Auto-estigma 3.Revelação 4.Estresse do estigma 5.Transtornos mentais 6.Autenticidade 7.Depressão 8.Transtorno bipolar

USP/FM/DBD-308/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

“Tudo em mim é a tendência para ser a seguir outra coisa; uma impaciência da alma consigo mesma, como uma criança inoportuna; um desassossego sempre crescente e sempre igual. Tudo me interessa e nada me prende.”

Fernando Pessoa
Livro do Desassossego

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, por apostar neste trabalho de pesquisa.

Aos Professores Dr. Wulf Rössler e Dr. Alexandre Andrade Loch, orientadores, que permitiram que esta pesquisa se desenvolvesse.

À Selma Souza e Maria Umbelina, da Biblioteca Dr. Paul Janssen, que sempre, de forma pronta, ajudaram nas minhas necessidades. Especialmente à Maria Umbelina que me auxiliou no passo a passo na construção formal deste trabalho.

Aos colegas de trabalho e estudos, do Serviço de Psicologia e Neuropsicologia.

Às amigas, Adriane Bacellar e Marilia Salgado, pela presença e constante companheirismo.

Aos meus filhos, Ana Carolina e Lucas, presentes de forma irremediável na minha vida.

Ao meu marido, Evan, companheiro para todo o tempo, atento e disposto a me ajudar.

SUMÁRIO

Lista de figuras

Lista de gráficos

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO 1

2 UM BREVE PERCURSO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL..... 7

3 ESTIGMA 15

3.1 Reconhecendo a amplitude do conceito..... 18

3.2 Estereotipo e preconceito..... 24

3.3 Uma visão da psicanalise do preconceito 27

3.4 Estigma e a doença..... 31

3.5 Estigma e transtornos mentais 33

3.6 Estigma publico 40

3.7 Os aspectos relevantes do autoestigma..... 41

3.8 Transtorno de humor: depressão e transtorno bipolar e o estigma que os cercam 44

3.9 A importância das intervenções como forma de diminuir o estigma. 52

4 OBJETIVOS 60

5 HIPÓTESES..... 62

6 MÉTODO..... 64

6.1 Desenho do estudo 64

6.2 Tamanho da amostra 65

6.3 Randomização..... 66

6.4 Intervenção e instrumentos 67

6.5 Instrumentos..... 73

7 ANALISE ESTATISTICA 80

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 83

8.1 Grupo intervenção e grupo controle: o estresse sobre o estigma – CoGapp (Avaliação cognitiva do Estigma como um estressor) 84

8.2 Grupo intervenção e grupo controle: o dilema de revelar sobre o transtorno mental - COMIS (Assumindo a Doença Mental) 98

8.3 Grupo intervenção e grupo controle: o autoestigma, um fator importante para lidar com o estigma – ISMI (Inventario de doença mental sobre estigma internalizado) 108

8.4 Grupo intervenção e grupo controle: a autoestima, uma referencia para o autoestigma- Escala de Autoestima de Rosenberg 123

8.5 Grupo intervenção e grupo controle: a autenticidade, transtorno mental e o estigma – Escala Autenticidade. 130

8.6 Grupo intervenção e grupo controle: as barreiras na busca pelo tratamento e qualidade de vida - BACE e Qualidade de Vida..... 138

8.7 Grupo intervenção e grupo controle: tamanho de efeito..... 153

8.8 Discussão geral 155

9 ANEXOS 170

10 REFERÊNCIAS 257

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelos simples e próximos de paradigmas de doença e discriminação que afetam seu impacto nas doenças mentais graves 35

Figura 2 – A relação entre sinais de estigma (pistas), estereótipos (atitudes) e comportamentos (discriminação) 37

Figura 3 – Representação Diagramática da Abordagem de Rotulagem Modificada..... 38

Figura 4 – Hierarquia de estratégias de divulgação 56

Figura 5 – Fluxograma dos pacientes 67

Figura 6 – Modelo de estigma de ameaça de identidade..... 86

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – CoGapp- Diferença Harm – Coping - Gráfico de Interação do resultado final CoGapp entre grupos e tempo 89

Gráfico 2 – Demonstração gráfica sobre questão chave (revelar ou não sobre tratamento e transtorno) distribuído no tempo. 100

Gráfico 3 – ISMI Total – Gráfico de Interação do resultado final ISMI entre grupos e tempo..... 114

Gráfico 4 – Escala Autoestima – Gráfico de Interação do resultado da escala autoestima entre grupos e tempo 125

Gráfico 5 – Autenticidade Total – Gráfico de Interação do resultado final escala Autenticidade entre grupos e tempo..... 133

Gráfico 6 – BACE – Gráfico de Interação do resultado escala BACE entre grupos e tempo..... 140

Gráfico 7 – BACE (questões estigma) – Gráfico de Interação do resultado BACE/Estigma entre grupos e tempo 142

Gráfico 8 – Qualidade de vida/ aspectos socias e lazer – Gráfico de Interação do resultado final escala qualidade de vida /aspectos sociais e lazer entre grupos e tempo 149

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos sujeitos por divisão de grupos..... 83

Tabela 2 - Escores do CoGapp dos individuos com Depressão (medias e DP para variáveis continuas) 87

Tabela 3 - Teste Student's T para diferenças no CoGapp em indivíduos com depressão 87

Tabela 4 - CoGapp - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração 88

Tabela 5 - CoGapp - análise de variância do modelo de efeitos mistos..... 89

Tabela 6 - COMIS – distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração 99

Tabela 7 - COMIS - análise de variância do modelo de efeitos mistos 100

Tabela 8 - ISMI - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração (valores de soma bruta).. 111

Tabela 9 - ISMI Total - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração - Ponto médio de intervalo (2.5) 112

Tabela 10 - ISMI - análise de variância do modelo de efeitos mistos..... 113

Tabela 11 - Rosen – Autoestima- distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração..... 124

Tabela 12 - Rosenberg – Escala Autoestima - análise de variância do modelo de efeitos mistos..... 125

Tabela 13 - Pontuações nas subescalas de Autenticidade (amostra inteira; pontuações mais altas indicam menos estigma) 131

Tabela 14 - Teste Student's para diferenças nas escalas de Autenticidade (amostra inteira) 131

Tabela 15 - Autenticidade - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração..... 132

Tabela 16 - Autenticidade - análise de variância do modelo de efeitos mistos 133

Tabela 17 - BACE - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração..... 139

Tabela 18 - BACE - análise de variância do modelo de efeitos mistos 139

Tabela 19 - BACE (questões estigma) - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração 141

Tabela 20 - BACE (questões sobre estigma) - análise de variância do modelo de efeitos mistos..... 141

Tabela 21 - Qualidade de vida/aspectos socias e lazer - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração..... 147

Tabela 22 - Qualidade de vida/ aspectos socias e lazer- análise de variância do modelo de efeitos mistos..... 148

Tabela 23 - Descrição do tamanho de efeito do CoGapp Diferença considerando efeito principal e interação 153

Tabela 24 - Descrição do tamanho de efeito do ISMI Total considerando efeito principal e interação..... 154

Tabela 25 - Descrição do tamanho de efeito de Autenticidade Total considerando efeito principal e interação 155

RESUMO

Modelli A. *Avaliação de uma intervenção em grupo para facilitar a revelação do próprio diagnóstico e diminuir o autoestigma de pessoas com transtorno de humor, baseada no programa internacional Honest Open Proud – HOP* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

O estigma é uma construção multifatorial. É uma marca que atribui ao seu portador uma condição desvalorizada em relação aos demais membros da sociedade. Esse processo tem consequências danosas na vida da pessoa, afetando diferentes dimensões e também criando um dilema sobre revelar ou não seu diagnóstico. O programa Honest, Open, Proud (HOP) é um instrumento que permite e incentiva o diálogo sobre questões importantes relacionadas com este conflito. O objetivo do estudo é identificar em um grupo de pacientes com diagnóstico de transtorno do humor se a intervenção HOP permite maior flexibilidade para expor socialmente seu diagnóstico, além de reduzir o estresse relacionado ao seu sigilo e melhorar a autonomia. Neste ensaio clínico randomizado controlado, 61 indivíduos com diagnóstico de transtorno do humor, 31 com depressão unipolar e 30 com transtorno bipolar foram selecionados. Para avaliar a eficácia do programa, uma avaliação em 3 etapas foi empregada (T0, T1 e T2) para abordar aspectos relacionados ao estigma, autoestigma e pontos relevantes ao tema, como qualidade de vida e estresse relacionado ao estigma. Entre os instrumentos mais relevantes usados estavam: Internalized Stigma in Mental ILLness Scale - ISMI -29 items (Ritcher et al., 2003) / Doença mental e inventário de estigma internalizado (Soares, RG et al., 2015); Avaliação cognitiva do estigma como estressor - COGAPP - 8 itens (Rüsch et al., 2009); Coming Out with Mental Illness Scale - COMIS - 43 itens (Corrigan et al., 2010) e Authentity Scale - Authenticity Scale -12 items (Wood et al., 2008). Na análise estatística foram utilizados modelos de efeitos mistos (LMM - Linear Mixed Model), considerando a interação tripla entre diagnóstico, tratamento e tempo. As intervenções (HOP e psicoeducacional - controle) demonstraram impacto positivo no estresse do estigma para todos os sujeitos, principalmente considerando o grupo Depressão, que ao longo do tempo apresentou melhora nos escores relacionados ao enfrentamento do estresse. No grupo HOP / Depressão, os escores apresentaram maiores alterações relacionadas à redução do estresse diante do preconceito. Em relação ao dilema em revelar ou não o transtorno mental, não houve mudanças significativas, uma vez que era grande o número de sujeitos que já haviam revelado seu diagnóstico. Quanto ao autoestigma, observou-se que os participantes do grupo Depressão tenderam a apresentar mais estigma internalizado sobre transtornos mentais do que os participantes do grupo Bipolar. Em relação à autenticidade, o programa HOP possibilitou a reflexão do participante sobre as formas de lidar com as demandas sociais. Vale ressaltar a importância de novos estudos. Ressaltamos que o programa HOP tem se mostrado uma intervenção que pode trazer benefícios aos seus usuários, sendo uma opção potencial em instituições públicas de saúde, por exemplo.

Descritores: Estigma social; Auto-estigma; Revelação; Estresse do estigma; Transtornos mentais; Autenticidade; Depressão; Transtorno bipolar.

ABSTRACT

Modelli A. *Assessment of a group intervention to facilitate diagnosis disclosure and to reduce self-stigma of people with mood disorders, based on the international program Honest Open Proud - HOP* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

Stigma is a multifactorial construct. It is a mark which attributes its carrier a devalued condition in relation to other members of society. This process has harmful consequences in the person’s life, affecting different dimensions as well as creating a dilemma about whether to reveal or not their diagnosis. The Honest, Open, Proud (HOP) program is an instrument that allows and encourages the dialogue on important issues regarding this conflict. The aim of the study is to identify in a group of patients diagnosed with a mood disorder whether the HOP intervention allows for greater flexibility in terms of socially exposing their diagnosis—in addition to reducing the stress related to its secrecy and improving autonomy. In this randomized controlled clinical trial, 61 subjects diagnosed with mood disorder, 31 with unipolar depression, and 30 with bipolar disorder were selected. To assess the program efficacy, a 3-step assessment was employed (T0, T1 and T2) to address aspects related to stigma, self-stigma, and points relevant to the topic, such as quality of life and stigma-related stress. Among the most relevant instruments used were: Internalized Stigma inMental ILLness Scale – ISMI -29 items (Ritcher et al., 2003)/ Mental illness and internalized stigma inventory (Soares, RG et al., 2015); Cognitive appraisal of stigma as a stressor - COGAPP - 8 items (Rüsch et al., 2009); Coming Out with Mental Illness Scale - COMIS - 43 items (Corrigan et al., 2010) and Authentity Scale - Authenticity Scale -12 items (Wood et al., 2008). In the statistical analysis mixed effects models were used (LMM – Linear Mixed Model), considering the triple interaction between diagnosis, treatment, and time. The interventions (HOP and psychoeducational—control) demonstrated a positive impact on stigma stress for all subjects, especially considering the Depression group, which over time showed improvement in the scores related to coping with stress. In the HOP/Depression group, scores showed greater changes related to the reduction of stress in the face of prejudice. Regarding the dilemma about disclosing the mental disorder or not, it did not show significant changes since the number of subjects who had already disclosed their diagnosis was large. As for self-stigma, it was observed that participants in the Depression group tended to have more internalized stigma about mental disorders than participants in the Bipolar group. Regarding authenticity, the HOP program allowed for the participant’s reflection on ways of dealing with the social demands. It is worth emphasizing the importance of further studies. We emphasize that the HOP program has proven to be an intervention that can bring benefits their users, being a potential option in public health institutions, for instance.

Descriptors: Social stigma; Self-stigma; Disclosure; Stigma stress; Mental disorders; Authenticity; Depression; Bipolar disorder.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

"Na realidade, o que eu quero fazer, e aqui está a dificuldade de tentar fazê-lo, é resolver este problema: elaborar uma interpretação, uma leitura de uma certa realidade, que de certa forma, por um lado, essa interpretação possa produzir alguns dos efeitos de verdade; e, por outro lado, esses efeitos de verdade podem se tornar instrumentos dentro de possíveis lutas. [...] É a realidade de possíveis lutas que desejo trazer à luz. Era isso que eu queria fazer em History of Madness"

(Michel Foucault)

É possível identificar que, desde o início civilizatório, atos de discriminação e violência também foram instrumentos que permitiram definir espaços, populações, grupos, etnias, história. Processos de descrever, reescrever, definir e redefinir o que somos e o que não somos, o que é normal e patológico, legitimo e ilegítimo, aceitável e inaceitável tornaram-se, e ainda são, necessários ou inevitáveis. Nessa trajetória, imprimiram marcas para além da busca por direitos à cidadania, expondo que de alguma forma, carregamos a presença do estigma. Estigmatizamos o que nos é estranho, causa-nos mal estar, medo ou alguma inquietação, e que dificilmente reconhecemos como uma forma "normal" de vida. Paradoxalmente, ao se estigmatizar, a possibilidade do exercício da cidadania por qualquer indivíduo é rompida.

As doenças mentais, que sempre desafiaram a filosofia, religião e a ciência, também vêm instigando as ciências sociais e humanas. Foucault (2002) documenta que a loucura esteve submetida a toda sorte, quanto aos

aspectos políticos, sociais e econômicos, bem como à história. Assim, cada período histórico acentua ou diminui a complexidade de atitudes, estereótipos, discriminações, configurando um determinado sentido à condição de loucura e do adoecimento psíquico. Observa-se, então, que, ao longo do processo de civilização, uma série de definições sobre a “loucura”, desde míticas, místicas, supersticiosas, tomaram corpo até chegarmos à concepção atual de transtorno mental.

Goffman (1975) descreve em seu livro como a sociedade participa do da formação de ações e conceitos sobre o estigma. No percurso histórico sobre a loucura e doenças mentais, é possível identificar a presença de aspectos sociais predominantes quando estudamos a percepção social sobre os transtornos mentais. Ao longo dos séculos, o reconhecimento e atenção às pessoas que demonstravam algum tipo de “transtorno” tiveram as mais variadas formas de ações. Mas, boa parte dessas condutas estavam atreladas ao distanciamento, encarceramento, abandono.

A partir do século XVII, tem início a compreensão de mundo pelo olhar da ciência como um novo organizador social, em detrimento da religião. Sob essa perspectiva, a loucura passa a ser cuidada e separada de locais públicos, visando a contenção da “desrazão”, em busca da “ordem mental”. Com o reconhecimento da ciência médica e da Psiquiatria, enquanto um braço da medicina, no século XVIII, busca-se entender esse fenômeno chamado “loucura”. Por longo período, os doentes eram mantidos em cuidado asilar, fundamentado em princípios de vigilância e punição, utilizando práticas terapêuticas como o eletrochoque e a contenção física (Terra et al., 2006). Nesse primeiro momento, não se visava à cura, nem mesmo um tratamento, mas a manutenção dessas pessoas reclusas, isolando-as do mundo e de seu cotidiano. Pessoas cujo aspectos considerados disruptivos ou divergentes socialemtne, tinham como destino a permanência em locais isolados que serviam de depósitos fossem elas “loucas”, pobres, marginais, excluídos de toda a sorte. Entretanto, à medida que a ciência progredia, a presença da medicina vai desenvolvendo maior capacidade de estudos e observações,

permitindo que se dê início a classificar, descrever, diferenciar as manifestações psíquicas. Assim, entre os séculos XVIII e XIX, a loucura passa a ser legitimada como doença mental, e a busca do retorno a eficiência produtiva, no encalço da recuperação da relação funcional e mecânica daquele que sofre, torna-se o novo paradigma. Contudo, os recursos terapêuticos utilizados nesses tratamentos restrigiam-se ao afastamento completo da família e sociedade, mantendo-se ainda a ideia de isolamento, asilo, encarceramento. Foi Philippe Pinel que, a partir do compromisso por reconhecer e querer compreender tal sofrimento, permite e institui um formato de cuidados, desacorrentando os encarcerados e estabelecendo uma conduta médica. Swain, 1997, refere que Pinel estabeleceu uma diferença, distinguindo a necessidade de apenas encarcerar os loucos para tratá-los. Considerado como o pai da Psiquiatria Moderna, Pinel, no final do século XVIII, considerou *status* de doença mental à loucura, iniciando reformas humanitárias nos tratamentos. Passa a reconhecer que os “loucos” não estavam completamente fechados em si mesmos, seriam seres da razão, pessoas com as quais poderíamos entrar em contato, sendo suscetíveis à recuperação. Lançou, então, os fundamentos do que chamou de "tratamento moral", baseado no isolamento do mundo externo e na restrição de acesso aos aspectos da vida, porém dentro de uma instituição de saúde especializada (os manicômios), conduzindo o tratamento com disciplina rígida. O tratamento visava uma reeducação para o trabalho, com práticas disciplinares, utilizando-se das regras e hierarquias sociais como *modus operandi* das rotinas do processo de trabalho e produção (Swain, 1997; Oda, Dalgalarrondo, 2004).

Apesar do reconhecimento do sofrimento, deslocando-se o lugar de loucura para alienação mental e se reconhecendo a necessidade de tratamento, a abordagem da doença mental ainda se seguiu por muito tempo com métodos muitas vezes cruéis. Tal condição seria um aspecto sobre a “falta da razão” e uma “perda moral”, utilizando-se, assim, de práticas punitivas como a “domesticação dos corpos” (Foucault, 2002), que tinha como objetivo disciplinar e calar os incômodos manifestados por quem

apresentasse sintomas, não contribuindo para melhora das dificuldades experimentadas pelo sofrimento, bem como na capacidade de autonomia.

Foi apenas na segunda metade do século XX que começam a ocorrer mudanças mais significativas quanto as propostas assistencias em saúde mental, como a descoberta de medicamentos, que permite a diminuição do sofrimento, bem como o crescimento, em vários países, a favor dos direitos humanos, mais adiante, exigindo práticas terapêuticas com critérios clínicos e sociais tecnicamente adequados, voltadas para salvaguardar a dignidade e o resgate da cidadania do doente mental. No entanto, as primeiras acomodações dessas novas perspectivas, sobre o adoecimento mental, ainda mantinham o portador do transtorno mental com uma visão reducionista, tornando a prática assistencial pautada na classificação de doenças, sendo o sofrimento psíquico tratado exclusivamente com base na medicação e na hospitalização (Terra et al., 2006). Foram a manutenção dos movimentos socias e médicos que foram diminuindo esse formato isolacionista e estigmatizante para o reconhecimento da legitimidade do sofrimento do doente mental e a importância de um outro olhar, considerando-o uma pessoa, um sujeito.

Destacamos que nesse mesmo período, metade do sec. XX, mais precisamente em 1948, no pós guerra, o surgimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), firma, diante da definição de Saúde, a importância dos componentes sociais e mentais. Estamos diante de várias ações que iniciaram pequenas mudanças no reconhecimento, entre outros, da saúde mental e sua relevância, destacando uma mudança de paradigma, da exclusão, isolamento, afastamento da família e da sociedade para a inclusão, a volta ao convívio social, a família e a cidadania. Entretanto, apesar dessas mudanças serem significativas, permitindo intervenções mais cuidadosas e reflexivas, os estigmas vinculados aos transtornos mentais ainda continuaram fortes (World Health Organization, 2001).

Estudos apontam que o estigma do transtorno mental permanece um assunto complexo na sociedade, ocasionando reações negativas no

enfrentamento da doença, seja retardando ou impedindo a procura de cuidados de saúde, seja adiando o início e continuidade de tratamento, bem como a sua recuperação (Corrigan; Kleinlein, 2005). A Associação Mundial de Psiquiatria, refere que o estigma cria um efeito nefasto de discriminação e exclusão social, interferindo na qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares, de modo que as consequências, muitas vezes, são mais prejudiciais do que a própria doença.

Considerando a relevância do tema, observa-se que os estudos sobre estigma e transtorno mental no Brasil apresentam um número baixo de produção, sendo ainda menor, quando se refrem à existência de dispositivos que permitam que os pacientes com diagnóstico psiquiátrico possam, além das dificuldades de lidar com o próprio tratamento, enfrentar o estigma, conseguir uma melhor qualidade de vida e reconhecimento de cidadania.

Esse estudo tem como objetivo entender se um programa de intervenção terapêutica pode ser utilizado como instrumento facilitador para os pacientes, de uma instituição psiquiátrica publica, colocarem em discussão a presença do estigma, bem como pode instrumentalizá-los para lidar no enfrentamento dessas situações no seu cotidiano, além de discutir sobre o dilema referente a divulgação acerca do transtorno e tratamento.

Pela importância de se compreender como determinados transtornos mentais são estigmatizados e formas de podermos enfrentar, elegemos pacientes com diagnóstico de transtorno de humor. Tal escolha deu-se por identificar-se que o diagnóstico de esquizofrenia é o mais estudado, sendo outros diagnósticos ainda pouco explorados. Os transtornos de humor são experiências de muito sofrimento, seja pela depressão, condição clínica que atinge um dos maiores índices de pessoas afetadas, seja o transtorno bipolar, que, mesmo em número menor de incidência, aponta para consequências significativas na vida de um indivíduo portador de tal psicopatologia, demonstrando perdas no seu cotidiano.

UM BREVE PERCURSO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2 UM BREVE PERCURSO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

> *"Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado"*
>
> (Brasil, 2010)

Na década de 1970 o país passava por grandes mobilizações denunciando formas equivocadas de tratamento referente a saúde mental. Ainda baseada em atendimento ligado a internação extensa e isolamento, os pacientes eram marginalizados. Há muito que a ideia de periculosidade, demência, incapacidade transitava como denuncia e constatação de que ali havia uma pessoa desgovernada, alterada, perigosa (Oda, Dalgalarrondo, 2004). Tal insígnia mantem-se viva até hoje, em pleno século XXI. Claro que com um peso diferente, um ar menos perigoso, mais permitido aos passeios pelas praças e frequências sociais. Já se passaram mais de 40 anos. Na verdade, já se passaram mais de dois séculos quando Pinel aboliu as correntes (Oda, Dalgalarrondo, 2004; Pereira, 2004; Vechi, 2004). Quanto tempo demora na memória afetiva e histórica da humanidade para que a ideia de loucura e transtorno mental se constitua como uma forma de ser do humano que precisa de cuidados e não um perigo que precisa ser afastado. Que lembranças torpes continuamos a manter vivas no imaginário social para estarmos, ainda neste século, fazendo pesquisas sobre a loucura/transtorno mental e estigma, identificando ainda um lugar de alienados, perigosos e incapazes (Brasil, 2010).

Há mais de 30 anos (1988), ao forjamos a nova Constituição, o Brasil reconheceu a importância da saúde. Nesse destaque, o Sistema Único de Saúde (SUS) apontou os princípios da universalidade, equidade, integridade, descentralização e comando único, regionalização e hierarquização e participação popular (Brasil, 1990a,b). Princípios que reconhecem as diferenças e uma consideração que o tratamento, nesse aspecto, deva ser investido mais onde a carência é maior. Na condução desses movimentos, surge de forma significativa discussões sobre a saúde geral e a saúde mental, no que se refere ao modelo manicomial. As políticas de saúde no Brasil passam a ter um marco importante sendo seu início na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Em seguida, outras conferências colocaram em destaque aspectos relevantes quanto a novos modos de entender o transtorno mental (1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987); 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001)). A partir dessas discussões surgem novos serviços e programas. Essas mudanças foram importantes, marcando uma alteração na relação da saúde, que inverte a ideia de ausência de doença e passa a considerar outros aspectos relacionados a qualidade de vida, acrescentando o valor sobre saúde mental e seu portador, iniciando um novo paradigma de alienados e loucos para alguém que sofre e que tem direito a tratamento, dignidade, família e moradia. Foi a passagem dos manicômios e asilos hospitalares para a volta à família, residências terapêuticas, tratamentos multiprofissionais, direito aos estudos e ao trabalho. Assim, nas décadas de 1980 e 1990 houveram mudanças importantes que permitiram uma reestruturação da assistência psiquiátrica no país. O ponto mais relevante se deu com a Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A desinstitucionalização busca melhorar a qualidade das intervenções dos pacientes crônicos, que passaram sua vida na condição de institucionalizados em hospitais públicos e conveniados, e na mudança importante de modelos assistenciais centrados no manicômio em assistência ambulatorial, destacando o entorno das redes sociais. É a volta da

família e da sociedade na vida das pessoas que, antes, viviam enclausuradas (Costa, 2019).

Mas a desinstitucionalização não se fez, e não se faz, apenas fechando manicômios. São inúmeras as mudanças que precisaram ocorrer. Seja em âmbito institucional, criando alternativas e intervenções que permitaram maior contato do paciente com o entorno das redes de apoio, bem como com os familiares e profissionais, que tiveram que lidar com um novo paradigma sobre a compreensão e intervenção em transtorno mental (Oda; Dalgalarrondo, 2004). Iniciou-se um novo formato para entender o transtorno mental, visando cuidar do sofrimento sobre a doença e não apenas a doença, bem como a consideração da comunidade a qual a pessoa era pertencente (Silva; Cardoso, 2013). Entretanto, considerando as leis anteriores a esse período sobre saúde mental, nos deparamos com várias que já destacavam a importância do tratamento e a necessidade de ampliar o escopo para os aspectos familiar e social, como as leis e decretos: Lei 2.312 de 03 de setembro de 1954; Decreto nº 49.974 A, de 21 de janeiro de 1961; Artigo 22 da Lei 2.312/1954; Decreto nº 49.974A/1961. No entanto, mesmo previsto ao longo de todo esse tempo, ainda nos deparamos com a negligência do Estado a esse tema.

As propostas de inserção desses pacientes em casas terapêuticas, na comunidade, bem como a continuidade dos atendimentos e o recebimento de um novo “formato de paciente”, está embasada na construção de outras formas de abordar e tratar, com eixo central na formação de equipes, destacando saberes diferentes na construção de equipes multiprofissionais e o desafio de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, sendo a matriz desse projeto o reconhecimento do transtorno mental com ênfase na importância dos laços sociais como ponto de partida no tratamento (Silva; Cardoso, 2013). Destaca-se assim, os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) que vão, ao longo dos anos, apontando a necessidade de certas complexidades e o surgimento da Rede de Atendimento Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2011) que tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em

geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Unidade de atenção Básica a Saúde (UBS), Saúde da família, projetos que promovem a atenção psicossocial, criando estratégias de cuidados e responsabilização do sujeito. Também o Apoio Matricial que tem como proposta proporcionar apoio à área assistencial, oferecendo suporte técnico as equipes de referências da atenção básica (Campos; Domitti, 2007). Tais medidas exigem formação e capacitação desses profissionais (Ballarin et al., 2012).

Muitos estudos apontam que houveram grandes conquistas desde 2001 nos avanços do tratamento. No entanto, ainda há muito que conquistar. Seja na implantação das ações de atenção primária como saúde da família, ligada a atenção primária de saúde, nos matriciamentos, na construção de equipamentos de CAPS, ampliando o acesso da população ou propostas discutidas de intervenções.

Ao mesmo tempo, órgãos ligados a ONU, como a OMS, tecem várias considerações sobre os malefícios do estigma ainda presente no cotidiano, mesmo com os avanços sociais. Chama-nos atenção que nem sempre aspectos relacionados ao estigma são destacados de forma contundente, aparecendo, por vezes, de forma tímida em diversos estudos sobre transtorno mental. Parece impossível pensarmos em ações que estabeleçam condições de acesso, igualdade e oportunidade a pacientes com transtornos mentais sem considerar medidas que tenham claramente uma preocupação com o estigma. Em relatório sobre saúde mental e desenvolvimento de 2010, a OMS destaca o transtorno mental ainda carrega no imaginário social a ideia de possessão, espirito diabólico, má conduta, estabelecendo formas de tratamento asilar e de preferência distantes de grandes centros urbanos (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Assim, cabem ações que reconheçam a existência do estigma no cotidiano das relações sociais, profissionais, familiares, ampliando saídas, formatos de discussão, que permitam a diminuição dos seus efeitos deletérios. No entanto, é visível que poucos são estudos que tratem desse cotidiano, destacando intervenções com esses diversos personagens que os capacitem a enfrentar o estigma e suas consequências, quanto a discriminação e preconceito.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2009), ao lançar propostas referentes a prevenção e cuidados em saúde mental destaca, entre outros, o estigma como um dos primeiros itens a ser considerado, sugerindo formas para diminui-lo com medidas de orientação à população, criação de associações de familiares e portadores de transtornos mentais. Essas medidas, de modo geral, propiciam circulação sobre os tipos de preconceito, ao mesmo tempo que permite apresentar outras visões e experiências, contribuindo para a diminuição do estigma.

Onocko-Campos (2019) em artigo recente aponta o estigma como um elemento importante para reduzir a mortalidade, bem como o reconhecimento de cidadania. Cita a autora,

> A expansão da cobertura de serviços que visam ao recovery[1] como centros de convivência, serviços de geração de renda etc. torna-se fundamental. Assim como a implementação de estratégias ativas de combate ao estigma. Outros países, como a Inglaterra, têm tido casos exitosos de propaganda oficial especialmente destinada a esse fim. O combate ao estigma é um importante fator para reduzir também o gap de mortalidade da população com transtornos mentais, desde que os próprios serviços de saúde tendam a negligenciar por sua causa a assistência adequada e oportuna a essa população.

[1] Processo pessoal e único de mudança de valores, sentimentos, objetivos, habilidades e papéis. ... recovery é uma habilidade de dar um novo significado para vida apesar das limitações do adoecimento psíquico, envolvendo a superação do estigma para conseguir exercer a cidadania (Nascimento; Leão, 2019).

Onocko-Campos (2019), destaca o estigma como algo presente nas relações cotidianas e que essa condição contribui para a manutenção do adoecimento, bem como aumento da mortalidade (Thornicroft, 2011). Destaca que profissionais da saúde apresentam “receios” ao lidar com pacientes que tenham diagnósticos psiquiátricos. Vários artigos apontam que profissionais da saúde temem ou minimizam as queixas de pacientes que fazem tratamento psiquiátrico. Isso se dá muitas vezes, pelo fato de o próprio paciente não ter condições de relatar o que ocorre com seu corpo, não reconhecendo ou super valorizando reações, o que pode causar certo descuido médico, apontando para um certo receio de atender essa população, causando distância social como recurso para lidar com pessoas que tenham transtornos mentais (Corrigan, Kleinlein, 2005; Wu et al., 2020).

Mas não são apenas os profissionais da saúde que demonstram estigma, Loch et al. (2011), em estudo sobre a percepção de médicos psiquiatras, identificou a presença de estigma nas relações desses profissionais com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, endossando atitudes negativas e distanciamento social. Entretanto, quando considerado profissionais que trabalhavam em um hospital psiquiátrico universitário, houve menos distanciamento social comparado a profissionais que não trabalhavam em hospital psiquiátrico. Em outro estudo, Loch et al. (2014) compara a percepção dos psiquiatras com a população geral sobre estigma em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Identificou que os profissionais apresentavam menos distanciamento social quando comparados a população em geral. Destacamos que vários estudos (Corrigan, Kosyluk, 2013; Hengartner et al., 2012) também identificaram que a proximidade se apresenta como um elemento importante para diminuição do estigma.

Em outros dois estudos que tratam sobre profissionais e saúde mental, destacamos Cândido et al. (2012) que escutaram funcionários de uma universidade sobre o tema e o de Cavalheri et al. (2007) que escutaram alunos ingressantes e egressos de uma faculdade de enfermagem onde a compreensão do transtorno mental foi descrita carregada de medo,

compaixão, distanciamento social, preconceito. Nesses dois estudos a abordagem qualitativa recupera uma construção que trata o simbolismo do louco como aquele que é perigoso “o homem do saco que pega crianças”, na fala de alguns sujeitos da pesquisa. Mas a ideia de expandir a informação e a possibilidade de aproximação física de pessoas com transtorno mental foi destacada como uma das formas de diminuir o preconceito e permitir uma compreensão que passa pela “ajuda” e com isso o reconhecimento de inserção em detrimento da exclusão.

Um outro estudo que teve por objetivo identificar as bases referênciais da concepção sobre a doença mental na visão dos usuários, familiares e profissionais da saúde, apontaram que, familiares e usuários referem o transtorno mental como a presença de instabilidade emocional e os profissionais como eixo central da perda do padrão de normalidade, respectivamente um grupo considerando o transtorno como uma vivência afetiva e outro grupo como comportamento normatizado. Dentre alguns aspectos abordados nesse estudo, destacamos este como um ponto relevante, que apontou a presença de uma prática da relação médico-paciente como uma rotina de enquadre entre categorias ou classificações, desconsiderando aspectos psicossociais (Rodrigues; Figueiredo, 2003).

Vale ressaltar que esses estudos apresentados apontam a presença de um “certo formato” na relação com transtorno mental, sendo o estigma um elemento complementar nas relações interpessoais, às vezes de forma explicita e, por vezes, implícita.

ESTIGMA

3 ESTIGMA

> *“Em todos esses exemplos de estigma, entretanto, inclusive aqueles que os gregos tinham em mente, encontram-se as mesmas características sociológicas: um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que se pode impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”*
>
> (Erving Goffman)

O termo Estigma, presente na literatura internacional, vem do grego antigo e, especificamente, do verbo stizo, que significa ferrar, marcar com instrumento pontiagudo, tatuar. Na Grécia antiga, o estigma era uma marca gravada ou impressa pela queima de escravos ou criminosos e traidores, de forma a apontar sua inferioridade social ou demonstrá-los como "moralmente indignos", ditando assim sua exclusão social. Na história é possível identificar algumas apresentações do estigma desde de Genesis da Bíblia (Sahium et al., 2016), com a marca feita por Deus em Caim, aqui na forma de protege-lo da morte, mas ao mesmo tempo a denúncia de um assassinato, bem como na Idade Média, em que o estigma vai assinalar as marcas que poderia ser do divino ou marcas físicas causadas por doenças, por exemplo a lepra (Goffman, 1975; Monteiro, 1993), tratada de forma a excluir a pessoa das relações sociais, promovendo um ato que visava a humilhação pública.

Goffman, sociólogo, em 1963, retoma o conceito e escreve o livro “Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” (Goffman,

1975). Baseado em experiências e relatos de situações onde a presença do estigma era evidente, Goffman vai se apropriar do conceito grego que se “referem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos” (Goffman, 1975). Neste sentido, observamos o destaque a algo que é forjado, ou seja, são feitas marcas, sinais que apontam para o irregular, aquele que se destaca pelo horror. Não temos o atributo em si denunciando as irregularidades, mas temos uma relação contraditória entre os atributos e os estereótipos que “os normais” criam para um determinado tipo de pessoa, grupo (Goffman, 1975). Ou seja, a sociedade estabelece modelos de categorias, destacando atributos comuns dessa categoria. Nesse processo de categorização, se estabelece os grupos aos quais as pessoas pertencem, seus atributos e padrões externos que definem a identidade social e o formato das relações socias, definindo o que é esperado daquele indivíduo, grupo. Esse modelo social do indivíduo é o que Goffman refere identidade social virtual. Em contrapartida, Goffman vai identificar a identidade social real como as categorias e atributos que pertencem ao indivíduo. O estigma se dá no confronto dessas duas “condições” evidenciando a perda da individualidade, se configurando uma relação impessoal com o outro, onde o sujeito apresenta-se como uma representação de características típicas da classe do estigma, sinalizando um desvio e uma diferença de identidade social (Goffman, 1975; Siqueira, Cardoso, 2011). Assim, ao ser determinado uma característica atribuída pelos “normais” que apresente discrepância entre a identidade social real e a virtual vemos um sujeito deteriorado, sendo visto pelo atributo de seu estigma, perdendo a dimensão humana.

Considerando a identidade social, Goffman (1975) caracteriza dois tipos de grupos de estereótipo: o desacreditado e o desacreditável. O desacreditado são indivíduos que possuem características visíveis, facilmente conhecidas pela sociedade. O desacreditável, indivíduos que possuem

características diferentes das dos normais, mas não são conhecidas e nem percebidas pela sociedade. Na verdade, Goffman (1975) vai apontar que ambos, desacreditado e desacreditável, vão lutar para um reconhecimento no grupo, seja buscando o reconhecimento sobre o erro de estigmatiza-lo (desacreditado em grupos que tratam de reivindicar direitos- negros, mulheres, HIV/AIDS) quanto os que, por não apresentarem a denúncia das características estigmatizadas, tentam tornar menos perceptível sua condição de estigmatizado (alguns religiosos, classe social, algumas doenças).

Goffman (1975) reconhece estigma como um atributo profundamente depreciativo que destoa de uma série de características tidas como desvios aos bons valores e padrões normativos. Configura-se como uma linguagem de relações entre atributo e estereótipo, conferindo uma condição social de desgraça e descrédito. É uma marca de inferioridade social derivada de normas e julgamentos mais ou menos consensuais por parte de uma coletividade ou grupo específico que objetiva reduzir a pessoa a seu suposto desvio. A diferença define a integralidade de seu ser, a qual passa a se orientar conforme as marcas sobre ela destacada, se amoldando ao rótulo sobre ela posto. Assim, o uso moderno da palavra estigma não está atrelada diretamente a confecção de uma marca no corpo, mas refere-se a um sinal invisível de desaprovação que permite a quem está “de dentro” traçar uma linha em torno dos que estão “de fora” a fim de demarcar os limites da inclusão em qualquer grupo.

A partir da definição dada por Goffman (1975) sobre estigma, um grande número de pesquisas e trabalhos acadêmicos sobre o tema passaram a ser publicados. Desde a década de 1960 até os dias atuais, mais de 29 mil publicações aparecem a partir da palavra estigma lançada em site de pesquisa acadêmico, como o PubMed. Boa parte coloca em discussão as diversas situações em que o homem se encontra frente as mazelas pessoais e sociais que o levam a ser desacreditado e marginalizado. Nessas pesquisas identificou-se elaborações, revisões conceituais e várias confirmações sobre as consequências ruins do estigma, sobre a vida de pessoas estigmatizadas.

Entretanto, um aspecto é reiterado, o estigma é uma construção social, configurando como um aspecto que reflete a própria cultura e não uma propriedade dos indivíduos (Crocker et al., 1998). Goffman (1975) já destacava que o "normal" e o "estigmatizado" não tratam indivíduos, mas concepções, ou seja, não há atributos que sejam inerentes a pessoa para qualifica-la a estigmatização. Esse processo se dá apenas dentro do contexto de uma determinada cultura, eventos históricos ou situação econômica, política ou social (Ainlay et al., 1986b; Becker, Arnold, 1986; Link, Phelan, 2001; Rüsch et al., 2005). As mudanças sobre o que pode ser estigmatizado ou não ocorrem a partir do desenvolvimento histórico, construindo elementos que permitem uma modificação das características do estigma, e suas consequências. Mas é possível identificar que mudanças tendem a ser lentas e passiveis de retornos. Assim, não há uma direção a seguir que permita alterações definitivas. Considerando a complexidade do conceito estigma, vale ressaltar que é uma característica do humano estabelecer diferenças e muitas vezes se valer dela para sustentar sua identidade, mas isso não é um salvo conduto em sua manutenção, faz-se necessário que seja estimulado e insistido na relevância que preconceito e discriminação são formas ruins de defesa sendo importante criar formas mais adequadas e melhores de lidar com as pequenas diferenças. Qual seria essa forma de intervir, que promoveria mudanças na compreensão sobre as diferenças entre as pessoas, permitindo que estas sejam reconhecidas como maneiras de ser que podem agregar as relações e não a se distanciar e separar, ainda é um grande desafio. Existem algumas discussões e alguns ensaios clínicos que nos ajudam a pensar. Vamos a eles.

3.1 Reconhecendo a amplitude do conceito

Partindo da ideia de estigma referida por Goffman (1975) embasada em uma ótica sociológica, temos um processo voltado a interação social e utilização de categorias como rotulação, status social, desviante e normal. No entanto, estudos apontam para uma ampliação do conceito, buscando a compreensão do que é o estigma, como se dá e possiblidades de intervenções

que diminuam essa forma de relação. Além da perspectiva histórica, social, alguns autores (Link et al., 1999; Link, Phelan, 2001; Dietrich et al., 2004) tratam a perspectiva psicológica destacando os aspectos psicossociais e reconhecendo a forma de como compreender as informações sociais e os comportamentos sociais, destacando, a partir daí, os estereótipos, a atribuição de causalidade, as crenças, os preconceitos e discriminação. “Dessa forma, a estigmatização pode ser compreendida como um processo dinâmico e contextual, produzido socialmente, moldado por forças históricas e sociais, moderado por efeitos imediatos do contexto social e situacional sobre a perspectiva do estigmatizador, estigmatizado e da interação entre os dois” (Silveira et al., 2011). Este processo é capaz de gerar uma série de consequências, seja no âmbito social, pessoal/afetivo, produtivo e comportamental (Link, 1987; Link, Phelan, 2001; Corrigan, 2004; Barney et al., 2006).

Destacaremos alguns autores que colocam em discussão pontos relevantes sobre o estigma.

Ainlay et al. (1986b) reforçam que os atributos particulares que depreciam as pessoas variam de acordo com os momentos históricos e a cultura, propiciando resistência na aceitação social plena. Expõem dessa forma que quando falamos de estigma, falamos também de paradoxos, ambiguidades e polaridades, pois o estigma mostra-se como um produto da sociedade, constituído por ela e pela época, sendo possível observar locais onde alguns grupos podem sofrer estigma e em outras regiões não, reiterando que aspectos morais e intelectuais da época, além da cultura, configuram-se como elementos importantes para entender o que determina estigma. Para os autores “o desenvolvimento histórico pode mudar o curso de um estigma, alterando descrições e categorias de estigmas, o processo de estigmatização e as consequências da estigmatização” (Ainlay et al., 1986b). Entretanto, para os autores, apesar de reconhecer que as relações individuais são relevantes nesse contexto, como forma de apreender o estigma (Goffman, 1975), o

fenômeno deve ser entendido destacando o contexto cultural, social, econômico e histórico, não se configurando como um fenômeno individual.

Para Martin (1986) o estigma é construído, mantido e perpetuado através da aprendizagem ocorrida na sociedade, entendendo-o a partir da aprendizagem social e suas alterações. Martin (1986) considera, como Goffman (1975) destaca, que é a partir das inter-relações sociais que as categorizações/crenças ocorrem, havendo através das percepções dos atributos e preconceitos a construção da identidade social de descredito, uma pessoa “estragada”. O autor destaca que por ser a construção do estigma forjado a partir da interação social, espaço em que são descritos sobre aqueles que se mostram fora das regras, normas, expectativas, é também um espaço onde se constrói o processo da aprendizagem social do estigma. Ou seja, onde se destaca as diferenças é o mesmo local que se aprende sobre elas, muitas vezes transformando-as em crenças preconceituosas, e as perpetuando, o que torna complexo seu controle. Baseado em vários outros estudiosos, Martin (1986) vai descrever o processo da aprendizagem social a partir da primeira infância. Refere que a criança desenvolve cognitivamente a capacidade de se relacionar socialmente. A construção dessa condição se dá a partir das relações primarias entre o bebê/criança e família, onde obtém satisfação e sobrevivência. O ambiente lhe oferece informações que são, a princípio, imitadas para posteriormente ser desenvolvida suas próprias crenças, atitudes e valores. Desenvolvem suas identidades absorvendo, muitas vezes, aspectos relevantes das pessoas com as quais têm fortes laços emocionais e das quais seus padrões éticos e valores são apropriados. Posteriormente, lançada ao convívio social (família estendida, escola, amigos, entre outras), além da maturidade física, psíquica, vão se constituindo os moldes das relações dentro da sociedade e cultura que vive, permitindo que essa identidade antes atrelada ao convívio mais restrito possa ser ampliada, período que há a admiração por heróis, professores, referencias públicas, enfim, a construção do ideal de ego, que estabelece padrões de realização. Entretanto, quando adultos essas referências, antes marcantes, passam a ter menor relevância, pois desenvolveu condições para cuidar de si mesmo, bem

como continuar aprendendo em uma sociedade em mudança e crescer em maturidade, sabedoria e identidade pessoal. Salienta que nesse processo de aprendizado social, as crenças que tratam sobre os preconceitos são apresentadas desde o início, construindo valores sociais sobre as diferenças e principalmente, sobre o peso das diferenças. Entendendo que as crenças tem um valor importante na construção das identidades e do seu entorno, são através de experiências diretas e de valores de autoridades que temos, desde a infância, a construção das crenças primitivas. Nesse processo, outras vão se formatando a partir das relações, ambientes e sociedade, construindo as crenças superiores. Nesse sentido, o autor entende que a aprendizagem social se constrói a partir de um movimento que vai da aquisição, passando pela modificação, generalização e alteração de comportamentos sociais. Esse processo pode tanto reafirmar padrões preconceituosos, mantendo atitudes convencionais, bem como permitindo algumas alterações que vislumbrem mudanças na visão preconceituosa. Essas mudanças podem ocorrer, teoricamente, a partir de oportunidades dialogadas que visem trocas de crenças/estereótipos/preconceitos, por uma condição menos estigmatizada, mas precisamos entender que a imposição de tais ações também pode gerar novos estigmas.

Crocker e Lutsky (1986), preocupados com a questão do indivíduo diante do estigma, recorrem a autores que discutem como o sujeito entende as marcas, crenças e transformam em estereótipos alimentando o estigma. Parte de três perspectivas psicológicas do pensamento social sobre os estigmatizados, considerando a perspectiva sociocultural (que considera que os estereótipos/estigma se dão através do processo de socialização e das relações intergrupais); a perspectiva motivacional (recupera 3 teorias que estariam no bojo da criação dos estereótipos: necessidade de proteger o ego contra impulsos sexuais e agressivos inaceitáveis; acreditar em um mundo justo e previsível; e auto-aperfeiçoamento, onde me separo dos ruins) e a perspectiva cognitiva (chamada de esquemática). Na abordagem cognitiva os autores referem que criar categorias, estereótipos e por consequência estigmatizar seriam funções normais da mente humana. Nesse sentido, essas

funções cognitivas poderiam, a partir do que já aprenderam socialmente e daquilo que estão experienciando, construir suas próprias crenças, ou seja, “a perspectiva esquemática do estigma sugere que os estigmas são continuamente construídos e reconstruídos conforme as pessoas selecionam, organizam e avaliam suas próprias experiências sociais para fins específicos” (Crocker; Lutsky, 1986). Apesar de considerarmos esse dinamismo possível nas relações entre o estigmatizado e o “normal”, cabe ressaltar que essas mudanças não se dão de forma simples e rápida. Nessa abordagem esquemática além de destacar as necessidades inerentes do homem de estabelecer categorias para tudo com as quais se relaciona, essas categorias sociais e seus possíveis estereótipos são “armazenados” na memória, criando categorias gerais e subcategorias. Então, frente a situações estigmatizantes, recorremos as categorias, como forma de reconhecer, identificar os traços, crenças e estereótipos. As chances, quando não se reconhece no grupo do estereotipados, alguns comportamentos, crenças, abre possibilidades de se criar estruturas diferenciadas e mais especificas para os que não se encaixam, permitindo algumas mudanças. Nesse sentido, Crocker e Lutsky (1986) destacam que “para incluir o pensamento dos indivíduos, a partir do pensamento social, é necessário considerar os processos cognitivos na construção, inscrição e revisão das percepções e avaliações socais” (Crocker; Lutsky, 1986).

Uma outra descrição sobre estigma é feita por Link e Phelan (2001). Os autores acrescentam complexidade ao conceito pois, a partir de Goffman (1975), percorrem outros autores e entendem que há alguns elementos que compõem o conceito que, na maior parte das vezes, é desconsiderado. Concentrando-se na relação entre atributos e estereótipos agregam dois pontos relevantes: a presença do poder como marco determinante e a presença de outros elementos na relação que estabelece com o estigma. Assim, “...consideram estigma quando elementos de rotulação, estereotipagem, separação, perda de status e discriminação co-ocorrem em uma situação de poder que permite que os componentes do estigma se desdobrem”. Link e Phelan (2001) reconhecem que não são todas as

diferenças entre os homens que são identificadas como relevantes, apenas algumas ganham destaque, criando categorias e atributos que se destacam. Essas categorizações/atributos são conceituadas pelos autores como “rotulação”. Destacam esse termo para identificar a presença de uma característica que é aplicada à pessoa de forma a reduzi-la ao rótulo, não significando, no entanto, que essa pessoa o possua. A partir desse rótulo que foi empregado na pessoa, inicia-se o processo de estigmatização, quando os estereótipos são criados, evidenciando-se o processo de estereotipização. Nesse processo constrói-se dois grupos distintos: “nós” e “eles”; sendo “nós” caracterizado pelos valores de ser humano normal e “eles” grupo de pessoas diferentes do normal, rotuladas negativamente. Assim, quando há a estereotipização, há um rebaixamento na posição social da pessoa, gerando discriminação, que é um comportamento que se manifesta pelo resultado da ligação entre perda de status, rotulação, estereotipização e separação. São processos sociais que consentem, pela distinção, a criação de grupos com maior poder, soberanos, gerando consequências para outros. Cabe ressaltar que, como outros autores já apresentados, Link e Phelan (2001) referem que o processo de estigma, por estar ligado às instituições e às redes que compõem o social (Siqueira; Cardoso, 2011), está vinculado a uma condição mutável, dependendo do tempo e lugar. Dessa forma reconhecem a importância dos processos cognitivos na produção do estigma, mas apontam a necessidade de entender os processos sociais compreendendo a relação entre grupo dominante e as consequências reais e importantes para o outro grupo (estigmatizado).

3.2 Estereotipo e preconceito

“Todos vituperamos o preconceito, mas todos somos preconceituosos”

(Herbert Spencer)

Allport, em 1954 escreveu um livro chamado “The Nature of Prejudice”. Na busca de compreender o homem nas suas relações in-group e out-group aponta que, o preconceito é uma atitude ou sentimento hostil em relação a uma pessoa apenas porque ela pertence a um grupo ao qual atribuiu qualidades objetáveis. O autor enfatiza que a reações hostis não seriam apenas a presença de preconceito, mesmo antes de se conhecer os fatos. Alerta que se trata de um julgamento que resiste aos fatos e ignora a verdade e a honestidade. Acredita que o preconceito cega os fatos e cria um tipo de veneno em um relacionamento. Embora o preconceito, na vida cotidiana, seja normalmente uma questão de lidar com pessoas individuais, também implica ideias injustificadas a respeito de um grupo como um todo.

Allport (1954) destaca que não nascemos preconceituosos, mas que nas relações vamos construindo as crenças sobre o outro ou grupos que geram emoções e, por vezes, ações desmedidas, ou seja, discriminações. Ele destaca principalmente o preconceito referente aos grupos religiosos, étnicos e raciais. Considera que, ao nos referimos ao outro ou ao grupo de forma preconceituosa, temos um falso senso de identidade e valor próprio; ou seja, ao discriminar o outro podemos nos sentir mais poderosos e elevar nossa própria autoestima. Um aspecto relevante é que há uma antecipação,

demonstrando atitudes e comportamentos, a partir dos estereótipos dados, e considerando todo o grupo de forma homogênea.

De modo geral, é possível identificar que o preconceito contém componentes cognitivos, emocionais e comportamentais (Allport, 1954; Devine, 1989; Hilton, Von Hippel, 1996).

O componente cognitivo seria o estereotipo, ou seja, crenças, atributos e comportamentos dos membros de certos grupos. Também se formam teorias sobre como e por que certos atributos andam juntos. Pode ser positivo ou negativo e é uma ferramenta mental para organizar o mundo social. Mas, sua marca se configura por não reconhecer as diferenças individuais dentro do grupo, podendo se mostrar injusto e inadequado para a pessoa que “apresenta” o estereotipo. Ou seja, há a categorização de informações sobre grupos sociais acordadas coletivamente sobre determinados grupos de pessoas, permitindo fácil impressão e expectativa sobre o indivíduo deste especifico grupo (Hamilton; Sherman, 1994). O processo cognitivo humano perpetua os estereótipos através do fenômeno da correlação ilusória, ou seja, ver relação ou correlações entre eventos que não são relacionados. Interessante pensar nesse aspecto, por exemplo, nosso tema sobre estigma e transtorno mental. Há uma correlação ilusória entre violência e esquizofrenia, onde pessoas portadoras dessa psicopatologia são vistas como possíveis assassinos, violentos. Assim, a associação se refere que proximidade com pessoas com esquizofrenia é perigoso.

O componente emocional contribui com o preconceito de forma a dificultar as discussões com pessoas mais preconceituosas. Observa-se que argumentos lógicos raramente são aceitos como forma de combate ao preconceito, sendo desconsiderado. Allport (1954) refere que os sentimentos negativos ligado a algum grupo, que estão enraizados profundamente, persistem mesmo quando é marcado o equívoco quanto ao preconceito. Geralmente mantem-se inconscientemente, mesmo quando a pessoa deseja se livrar dele.

Por último, o componente comportamental. A discriminação denota o comportamento real. Ou seja, uma ação negativa, injustificada ou prejudicial, voltada aos membros de um grupo apenas por pertencerem a ele. Qualquer grupo estigmatizado, dentro de uma sociedade, sofrerá discriminação, a oficial e a sutil (Hebl et al., 2000). A distância social é outra medida de como as pessoas reagem a grupos que são diferentes dos seus.

Devine em seu artigo “Stereotypes and Prejudice: Their Automatic and Controlled Components” (1989), discute os conceitos de estereótipo e preconceito acreditando ser o preconceito uma consequência do processo de estereotipagem (Allport, 1954). Ou seja, há uma aplicação automática do estereótipo aos membros do grupo estereotipado. Nessa discussão, baseada em vários autores, Devine refere que o estereótipo são características, atitudes apreendidas desde criança, relacionada ao patrimônio social da sociedade, não havendo formas de escape, gerando estereótipos culturais sobre grupos étnicos, raças, gêneros, entre outros. São marcas que ficam presentes na nossa memória. No entanto, a autora acredita que haja distância entre o estereótipo aprendido e a aceitação, endosso desse estereótipo. Aposta que as crenças pessoais podem, ou não, serem congruentes com o estereótipo, pois estereótipos e crenças pessoais seriam estruturas cognitivas distintas, considerando que “crenças são proposições que são endossadas e aceitas como verdadeiras. As crenças podem diferir do conhecimento de alguém sobre um objeto ou grupo, ou da reação afetiva de alguém em relação ao objeto ou grupo” (Devine, 1989). Nesse sentido, é possível termos respostas diferentes quanto a avaliações de grupos estereotipados (Corrigan, 1998). A autora parte da ideia de dois modelos de respostas diante do grupo estereotipado, baseada no trabalho em processamento de informações que distingue processos automáticos (involuntários) e processos controlados (voluntários). O processamento automático seria a manifestação do pensamento estereotipado sem que você esteja consciente, o que significa que você não tem esses pensamentos de propósito, eles simplesmente “acontecem”. Já o processamento controlado ocorre quando você está consciente — como quando escolhe desconsiderar ou ignorar a informação

estereotípica que foi trazida à mente. Requer atenção, intenção e flexibilidade, o que torna útil para tomadas de decisões, soluções de problemas e novos comportamentos. Em sua pesquisa, Devine (1989) obteve resultados interessantes. Identificou que, quando respondemos de forma automática, apresentamos respostas estereotipadas congruentes ou semelhantes a preconceitos, independente dos sujeitos serem mais ou menos preconceituosos. Entretanto, quando utilizamos respostas mais controladas, ou seja, inibimos as respostas automáticas, tomamos consciência do estereótipo/preconceito, conseguindo estabelecer, ou manter, uma identidade sem preconceitos. Essa ação sugere mudanças nas crenças ou atitudes em relação a um grupo estereotipado, gerando alterações na relação com os membros desse grupo. Essa mudança requer interesse por parte do indivíduo, que precisa reiteradamente: decidir parar o antigo comportamento; lembrar-se da resolução; e tentar e decidir repetidamente eliminar “esse mau hábito”, sendo desenvolvidas novas atitudes e crenças (Devine, 1989). Destarte, esses “novos hábitos” não eliminam as representações de atitudes e estereótipos anteriores, sendo importante ativação consciente das ideias e comportamentos, correndo o risco de retorno aos hábitos antigos. Considerando que o aspecto afetivo/emocional apresenta um forte peso na manutenção do preconceito, conforme tratado acima, acreditamos que a mudança exige um reconhecimento do indivíduo que se empenha, revendo seus valores e, inclusive, nos arrisquemos a dizer, revendo aspectos narcísicos.

3.3 Uma visão da psicanalise do preconceito

> *“Em um gelado dia de inverno, os membros da sociedade de porcos-espinhos se juntaram para obter calor e não morrer de frio. Mas logo sentiram os espinhos dos outros e tiveram de tomar distância. Quando a necessidade de se aquecerem os fez voltarem a juntar-se, se repetiu aquele segundo mal, e assim se viram levados e trazidos entre ambas as desgraças, até que encontraram um distanciamento moderado que lhes permitia passar o melhor possível”*
>
> (Arthur Schopenhauer).

Em 1918 Freud, em seu texto o Tabu da Virgindade, destaca um pensamento importante (Freud, 1970), baseado no autor Alfred Ernest Crawley. Crawley (1902)[2] apud Freud (1970) apresenta o termo “taboo of personal isolation” (tabu do isolamento pessoal), para descrever a forma que o homem lida com outros no convivo social, tratando dos questionamentos sobre o tabu, destacando o inexplicável e confuso aspecto humano entre a aproximação/contato e isolamento (Freud, 1970). Freud reconhece a relevância do descrito pelo autor e forja o termo “narcisismo das pequenas diferenças”, considerando que seria a chave para entender sobre a hostilidade sempre presente nos vínculos humanos, que rechaça a solidariedade e impossibilita o mandamento de amor ao próximo.

Neste texto, Freud (1970) aponta aspectos relevantes, onde identifica que são nas pequenas diferenças, mesmo que semelhantes em grande parte, que se fundamentam os sentimentos de hostilidade e estranheza, sendo a hostilidade a que permanece em detrimento da solidariedade, colocando em xeque o mandamento “amar ao próximo, como a ti mesmo”. Ou seja, o ponto relevante é que a hostilidade, a intolerância, se apega aos pormenores, sempre anunciando a pequena diferença, é a diferenciação de um indivíduo do outro. Esse movimento, recorrente e presente no cotidiano é entendido pela psicanalise a partir da construção psíquica (que é dada pelas relações mãe-bebe), onde se constitui a imagem de si mesmo, uma identidade, que chamamos de narcisismo. É a partir do narcisismo, que experiências que apontem aspectos que difiram de mim, que se vivencia uma ameaça à integridade, recaindo em uma defesa que cabe a mim expulsar aquilo que poderia imacular minha imagem única. Ressaltemos, no entanto, que esta manifestação se dá em nome dos aspectos recalcados, inconscientes, que denuncia que aquilo que rechaço no outro, é o que me pertence. Em outras palavras, as pequenas diferenças entre as pessoas, mesmo que se considere a existência de várias semelhanças, denuncia a presença de sentimentos de

[2] Crawler E. The mystic rose. London: Macmillan; 1902.

estranheza e intolerância nas relações humanas e o que, contraditoriamente, mantem a unidade do Eu.

Ainda na compreensão deste conceito tão caro, como o narcisismo das pequenas diferenças e sua manifestação, Freud retoma o tema em outros dois textos, ‘Mal estar na civilização’ (Freud, 1974) e ‘Psicologia das massas e análise do ego’ (Freud, 1976) avançando na compreensão da relação do sujeito e civilização. Destaca que a civilização exigiu a suspensão de aspectos inerentes ao homem, quais sejam a condição agressiva e a busca sexual. Nessa trajetória, a suspensão da presença “desordenada” dessa energia vinha com a promessa da criação da segurança e da felicidade. Mas sabemos que nenhuma dessas “promessas” podem ser cumpridas na sua extensão. No entanto, alguns dos mecanismos desenvolvidos, na eminencia de uma condição civilizatória, foram a postergação e a identidade nas relações primárias e socais. Na complexidade dessa construção teórica, aspecto que não é objeto desse trabalho, destacamos um ponto que contribui para alimentar a compreensão do que chamamos de preconceito e estigma. Freud, no texto sobre Mal estar da civilização (Freud, 1974) destaca que, para manter a coesão grupal, o sujeito tende a reprimir a agressão (pulsão destrutiva/pulsão de morte) dentro do grupo e direcioná-la para aqueles que não fazem parte desse grupo. Aqui Freud volta a tratar sobre o narcisismo das pequenas diferenças, que é compreendido, neste caso, por não aceitar as diferenças demonstrando intolerância às relações pessoais que ultrapassam o círculo grupal. Assim, o que Freud identifica é a permanência, em ações, para eliminar as diferenças no interior do grupo, criando uma identidade de grupo e destacando as diferenças ao que é externo ao grupo. Freud (1974), destaca um aspecto relevante, observando que “é sempre possível unir um considerado número de pessoas no amor, enquanto sobrarem outras pessoas para receberem as manifestações de sua agressividade” (Freud, 1974). Uma condição humana que constrói um modo de relação, onde o amor e ódio possam estar presentes. Mas, neste ponto, Freud destaca que além da condição de colocar em suspenso a agressividade entre as pessoas do grupo, mantendo a diferença em forma de embate entre outros grupos, reconhece

que essa “união” interna do grupo também apresenta certa dose de destrutividade, onde o narcisismo e pulsão de morte se apresentam na manifestação das pequenas diferenças.

A ideia de trazermos para este trabalho alguns ‘flashs’ da construção teórica de Freud, se dá por considerarmos que, mesmo não sendo o objetivo deste estudo, a qualidade apresentada sobre os conflitos humanos e a demonstração de que é inerente ao homem a intolerância e o apego as pequenas diferenças, em consonância com o amor, venha a colaborar na compreensão do que estamos discutindo, bem como ilustrar a complexidade da sua presença nas relações humanas.

Entendemos que a convergência de uma definição sobre estigma ainda não está presente. Digamos que houveram acréscimos, que considerando a complexidade humana, desde suas relações primárias no seio familiar, a complexidade cultural em seu movimento espiral, passando pelas relações sociais e econômicas, nos deparamos com as relações de poder que se mostram um elemento orientador que faz parte das relações humanas desde que mundo é mundo.

Preconceito, Estigma, Discriminação são experiencias reais que nos atingem no nosso cotidiano. Esses conceitos, por volta de 1950, passam a ser descritos, estudados e compreendidos a partir de uma leitura sociológica das relações sociais, da antropologia, da história, bem como da psicologia social, que reconhece, a partir das representações psíquicas sociais, as relevâncias das construções individuais, que, no varejo, também contribuem para mudanças que temos observado ao longo dos anos. São vários os grupos estigmatizados que passam a ser reconhecidos e estudados com o objetivo de entender e contribuir na promoção de mudanças. Raça, etnias, gênero, religião, doenças, todos tornaram-se focos de estudos.

3.4 Estigma e a doença

No Brasil o primeiro estudo relacionado ao tema saúde, foi apresentado por Oracy Nogueira em 1950, trabalho citado no livro Estigma e Saúde (Monteiro; Villela, 2013), onde o autor analisa em sua dissertação “os aspectos socioantropológicos das experiencias dos doentes de tuberculose internados para tratamento na cidade de Campos do Jordão (SP), focalizando a formação de uma nova identidade desses indivíduos e suas interações com outros pacientes, com os profissionais da saúde e população” (Monteiro; Villela, 2013). Demonstra a segregação desse grupo dentro da cidade. Aqui, abre-se o leque de estudos em que se destaca a compreensão da percepção dos indivíduos sobre o processo de estigmatização e as consequências nas interações sociais (Monteiro et al., 2013), relatando algumas doenças que marcam a presença de processos de segregação social (lepra, tuberculose, HIV/Aids, câncer, ente outras).

Monteiro et al. (2013) fizeram um levantamento sobre pesquisas nacionais com o tema estigma, discriminação e saúde e identificou que, entre 2005 e 2010, houveram uma baixa produção acadêmica nacional, comparada com as publicações internacionais. Destacam, que em artigos que estudam raça/cor, “usam predominantemente os termos discriminação ou preconceito, tendo como premissa que estes são processos sociais de exclusão de um grupo, com privilégio de outros” (Monteiro et al., 2013). Enquanto em artigos referentes a saúde, o termo utilizado é estigma, “considerando sua origem na marca corporal, a doença, e tomando como objeto os processos de discriminação que se articulam em torno dos portadores da doença, especificamente estudada como consequência das representações sobre a doença” (Monteiro et al., 2013). Assim, observa-se que o foco na compreensão do estigma e doença, não considera os vetores estruturais e institucionais, local privilegiado que transforma diferenças em desigualdade, o que dificulta a criação de estratégias e intervenções políticas que possam auxiliar na sua superação, segundo os autores.

Entretanto, na tentativa de entender a presença dos conceitos de preconceito e estigma e a existência de possíveis diferenças de constructo, Phelan et al. (2008), problematizam os vários constructos identificados (num total de 18 constructos, no período de 1955 a 2005), reconhecendo uma presença forte dos estudos relacionados a preconceitos a raça/etnia associados a características grupais e estigma atrelado a estudos referentes a doenças, deficiências e desvio de comportamento, associados a características mais individuais, reforçando a ideia que preconceito está atrelado a preocupações de processos sociais, exploração e dominação e estigma a imposição de normas e prevenção de doenças. Com isso, o autor destaca essas 3 funções da estigmatização: exploração/dominação; imposição de normas; e prevenção de doenças, e tenta buscar “os motivos” que venham a desencadear estigma a uma população doente, já que esta não faria parte do grupo que pode ser explorado e dominado, bem como se adequar às normas sociais, como ocorre com os grupos geralmente atrelados a estudos sobre o preconceito. Uma compreensão utilizada pelo autor se refere a psicologia evolutiva que vai discutir que o processo de estigmatização, que se manifesta através de medo, nojo, raiva e distancia, surge como forma de “prevenção de doenças que está fortemente enraizada em nosso passado evolucionário, e não em nossas pressões sociais atuais” (Phelan et al., 2008). Esse olhar tenta entender o foco do processo de estigmatização desse grupo, reconhecendo com isso que formas de reduzir tal processo seria a familiaridade, através dos contatos pessoais, sugerindo certa diminuição da presença dos aspectos sociais. Entretanto, destaca a importância de mais estudos. Phelan et al. (2008) ressaltam que há mais semelhanças que diferenças entre o preconceito e estigma. E destaca que, pelo fato de ter como base estudo das características humanas, considera que, tanto estudos tratados por preconceito, bem como por estigma, “todos envolvem categorização, rotulação, estereotipagem, emoções negativas, desconforto interativo, rejeição social e formas de discriminação além de perda de status e outros efeitos nocivos que afetam as chances de vida dos

alvos e sua capacidade de enfrentamento e gerenciamento” (Phelan et al., 2008).

Partiremos, então, do princípio que estigma/preconceito causam sérios impactos negativos aos grupos estigmatizados e que é deste lugar que vamos compreender as consequências e possíveis saídas quando tratamos pessoas com transtornos mentais. Entretanto, devemos tomar certo cuidado para não criarmos um novo estereótipo, considerando esses grupos vítimas, sendo vistos como “passivos”, “desamparados” (Link; Phelan, 2001). A história mostra que alguns grupos rejeitam essa condição, demonstrando resistência frente a ilegitimidade do estigma imputado. Isso fica claro, por exemplo, ao criarem o grupo LGBT, que potencializa a pessoa assumir sua escolha sexual trazendo maior estrutura e apoio aos homossexuais, lésbicas e afins, diminuindo o estigma e conseguindo assim um maior controle sobre sua vida (Corrigan; Watson, 2002).

3.5 Estigma e transtornos mentais

As atitudes públicas sobre a doença mental começaram a mudar na década de 1970, com as políticas crescentes de desinstitucionalização, permitindo que pessoas que estavam internadas, voltassem para suas comunidades. Esse movimento, no entanto, denunciou aumento de discriminação, pobreza, solidão, pois nem sempre tinham para onde voltar. O aumento do convívio entre pessoas que estavam institucionalizadas e familiares, bem como a comunidade, promoveu reações nem sempre positivas, sendo necessárias campanhas de Organizações de Saúde Mental, com propostas de educação pública, visando aumentar a conscientização sobre essa situação, focando a diminuição da discriminação e estigma. Assim, aumentaram as publicações em jornais, discussões sobre o tema tornaram-se mais frequentes, permitindo acesso da população em geral, bem como aumento de profissionais de saúde que começaram a desenvolver maior interesse e compreensão do tema, desenvolvendo pesquisas (National Academies of Sciences, Engineering, and medicine, 2016). A mudança de modelo manicomial para ambulatorial contemplou a recuperação dos

aspectos da cidadania, autonomia e laços socais, alterando a maneira de prestação de serviços a essa população (Weber; Juruena, 2017).

Basaglia (1985) aponta que o ponto alto da relação que se estabelece com a doença mental refere-se a como a sociedade se relaciona com os transtornos mentais. Ao tratar o indivíduo pelo que a doença apresenta, transfere seu lugar social de individuo para uma posição de perigoso, incapaz, camuflando a relação de exclusão, pela de uma pessoa com transtorno mental.

As instituições asilares serviam a condição dessa exclusão, sendo que por muitas vezes foram locais de maus tratos, alimentando o imaginário coletivo sobre a incapacidade e periculosidade (Basaglia, 1985). Nesse sentido, o estigma atrelado aos transtornos mentais passa a ser o obstáculo para a concessão de um trabalho cuidadoso em saúde mental, colaborando para um acesso limitado a serviços, habitação, emprego, entre outros (Link, Phelan, 2001; Thornicroft et al., 2007). Corroborando, estudos apontam que a população em geral apresenta estereótipos e preconceitos relacionado a percepção de violência, imprevisibilidade e incapacidade, quando indagados sobre transtornos mentais, principalmente esquizofrenia, e que esses resultados se mostram presentes de forma marcante em muitos países ao redor do mundo (Pescosolido et al., 2013; Mascayano et al., 2016). Corrigan (2000) já discutia esse ponto, apresentando pesquisas, na década de 1990, que apontavam crenças que associavam que pessoas com transtorno mental seriam desequilibradas, infantis e incapazes de cuidarem da própria vida. Reações frente a essa visão iam, desde a concepção que essas pessoas precisavam de alguém que tivesse autoridade sobre elas, que houvesse benevolência, pois eram infantis para saberem o que faziam e urgência nas restrições sociais, pois podiam colocar em risco a população, além de si mesmas.

Como forma de entender como esse fenômeno se alimenta, sustentando ainda hoje o estigma do transtorno mental, alguns estudos foram eleitos para criarmos um mapa de reconhecimento.

Corrigan (1998) descreve o processo de estigma do transtorno mental traçando um paralelo com doenças “orgânicas”. Apesar de algumas doenças também terem passado por estigma/preconceito (câncer, lepra, tuberculose) o transtorno mental parece ter um “índice” de prejuízo que exacerba as dificuldades já impostas pela própria doença mental. O autor apresenta um diagrama que ajuda a compreender como esse processo se dá.

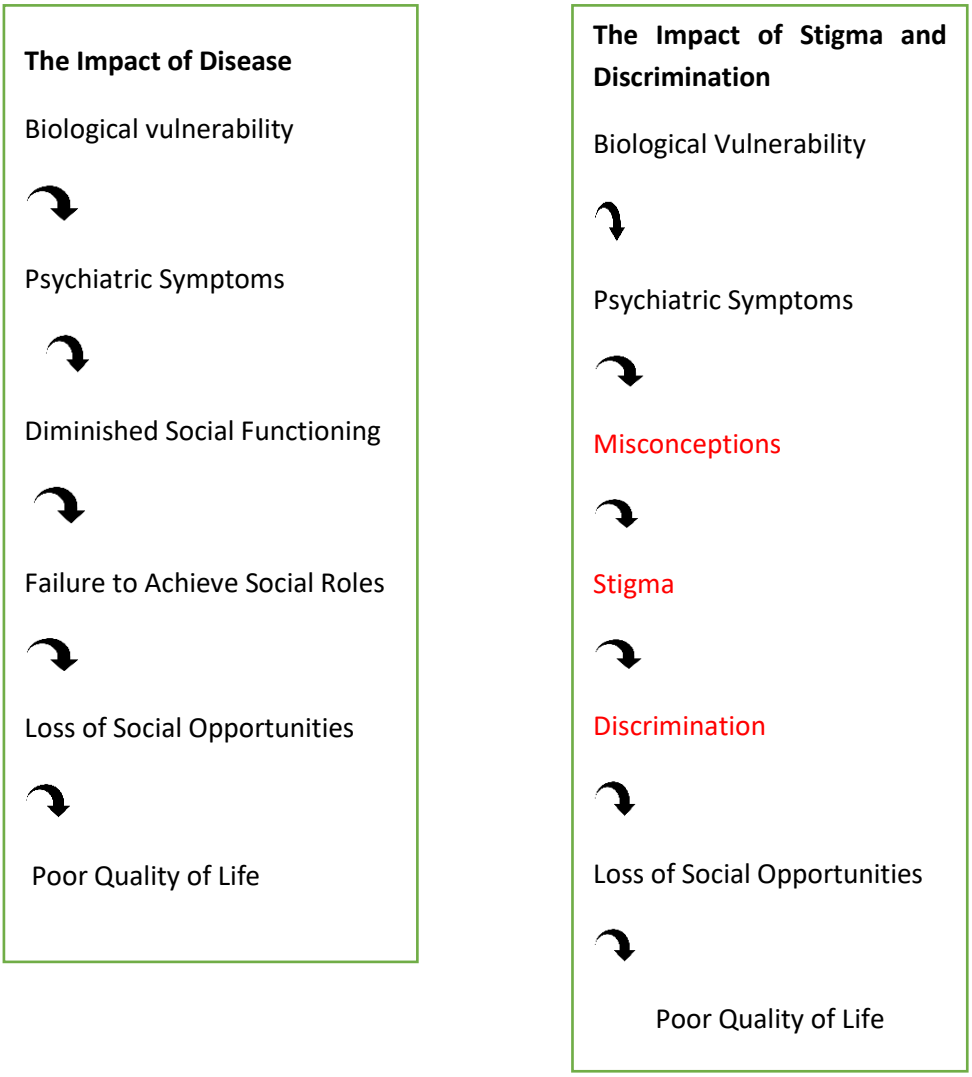


Figura 1 - Modelos simples e próximos de paradigmas de doença e discriminação que afetam seu impacto nas doenças mentais graves

Nesta apresentação (Figura 1) Corrigan (1998) considera, como alguns defensores do modelo de estigma (Link et al., 1989; Fisher, 1994; Penn et al., 1994), que apesar da haver a presença de “agentes biológicos” que venham

a desencadear o transtorno, há a presença, também, de certa vulnerabilidade causados pelos sintomas que afetam as habilidades sociais e redes de apoio. Somado a essa situação, que demonstra perdas e sofrimento, o autor concorda que atitudes estigmatizantes sobre esses sintomas terão um efeito ainda maior, ampliando o prejuízo do funcionamento social. Nesse sentido, a perda na qualidade de vida apontada no gráfico descreve que essa perda não está apenas atrelada aos sintomas da doença, mas também aos efeitos do estigma que coloca em destaque os pontos negativos, resumindo o indivíduo e a doença como uma coisa só. Assim, a perda de oportunidade social que acompanha os transtornos mentais, principalmente os mais graves, se deve tanto às injustiças do estigma social, quanto aos efeitos da própria doença.

Em outros artigos, Corrigan (2000), Corrigan e Watson (2002) e Corrigan e Kleinlein (2005), buscam entender o estigma dos transtornos mentais. Além de considerar a perspectiva sociológica trazida por Link e Phelan (2001), compreendem, também, a relevância dos constructos socio-cognitivos, descrevendo 3 componentes como elementos importantes na construção do estigma: estereótipos, preconceito e discriminação (estigma público). No modelo apresentado destaca que a partir de sinais (estereótipos) negativos, desencadeia os afetos referentes ao preconceito e posterior comportamento de afastamento - discriminação (Figura 2). Percebemos isso no nosso cotidiano, quando diante de pessoas falando sozinhas, ou mal vestidas, tendemos a gerar um estereótipo categorizando como “loucas”, doentes mentais, sentindo medo ou repulsa e nos afastando.

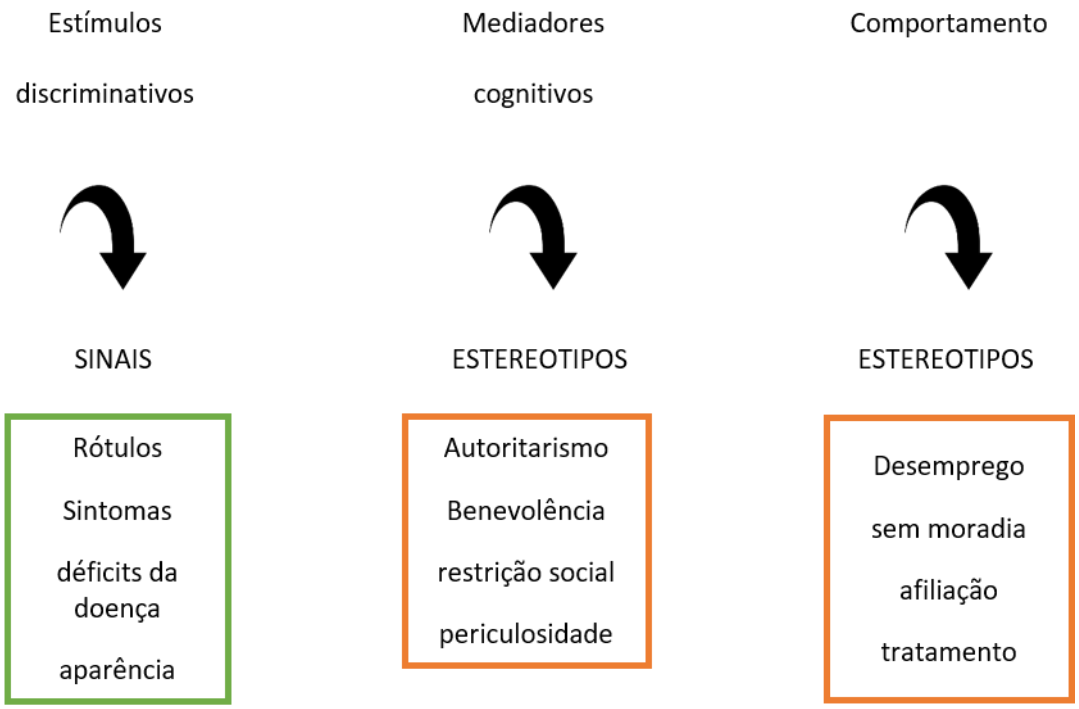


Figura 2 - A relação entre sinais de estigma (pistas), estereótipos (atitudes) e comportamentos (discriminação)

Link (1987), Link et al. (1989) e Link e Phelan (2001), como já citado, também colocam em discussão o conceito de estigma. Focando o conceito de rotulagem, criado por Thomas Scheff, os autores acima, ampliam o conceito, desenvolvendo o termo 'rotulagem modificada'. Consideram, diferente de Scheff, que a rotulagem "não se destina a rotular o poder de criar doenças mentais diretamente. Em vez disso, vemos a rotulagem e o estigma como possíveis causas de resultados negativos que podem colocar os pacientes mentais em risco de recorrência ou prolongamento de distúrbios resultantes de outras causas." (Link et al., 1989). A construção desse conceito considera a existência de 5 etapas.

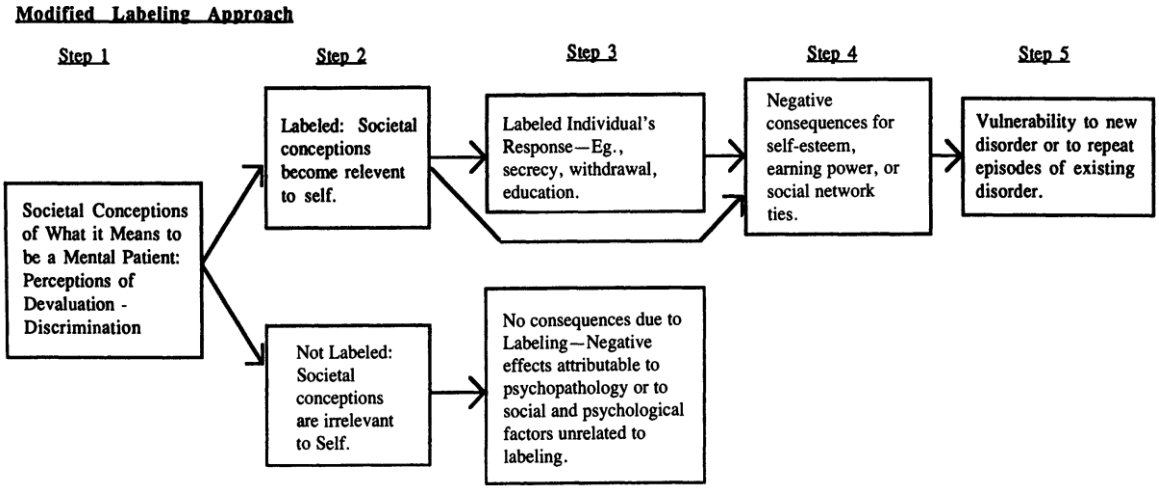


Figura 3 - Representação Diagramática da Abordagem de Rotulagem Modificada

Essas etapas tratam das consequências relevantes a partir da rotulação de transtorno mental e as percepções sobre desvalorização e discriminação (aspecto "inerente" ao estereótipo/preconceito sobre transtorno mental). Considera que, ao ser rotulado (com o diagnóstico psiquiátrico) as concepções sociais sobre a psicopatologia passam a ser relevantes para o indivíduo, já que no processo de socialização há concepções negativas do que significa ser uma pessoa com transtorno mental e, assim, formam crenças sobre como os outros irão vê-lo e, em seguida, tratá-lo. As respostas frente a essa situação podem ser sigilo, isolamento ou tentar educar as pessoas sobre sua doença. Essas formas de enfrentamento tendem a moldar o formato que a pessoa mantém suas relações sociais. Os autores referem que pacientes que se "importam" mais com o estigma constroem uma relação mais restrita as pessoas próximas, geralmente familiares, onde sentem-se mais seguros, mas inseguros para conquistar e manter relações extra familiares. De modo geral, a experiência traz consequências negativas a auto estima, poder aquisitivo e laços sociais. Por último, os autores acreditam que a vulnerabilidade frente a essa situação pode desencadear novo transtorno ou a repetição de episódios do transtorno existente. Ao considerar a rotulagem modificada os autores contribuem para a problematização e ampliação do conceito de estigma (Link; Phelan, 2001), destacamos inclusive que este conceito corrobora com aspectos do autoestigma.

Um outro ponto importante é observado por Corrigan (2000), que destaca a teoria da atribuição, uma forma de entender mais uma parte do processo de estigmatização. A partir da consideração sobre o estigma ser um processo do estereótipo, preconceito e discriminação, entende que, como fenômeno humano, temos a necessidade de considerar, frente a presença de um sinal, a causa atribuindo aspectos referentes a controlabilidade e estabilidade dessa causa. No transtorno mental, considerando essa visão, Corrigan (2000) vai destacar que, ao considerar a doença sob o aspecto de uma causa controlável, ou seja, o indivíduo pode controlar “as crises” (por exemplo, ficou doente por uso de drogas), provoca reações de raiva e distanciamento, atribuindo assim a responsabilidade por sua condição. Mas ao considerar o transtorno mental como incontrolável (por ex. após acidente de carro), reações de pena promovem alguns tipos de ajuda, mas o indivíduo não pode ser responsabilizado (Corrigan; Watson, 2004). No limite identificamos dois pontos que podem trazer consequências relevantes, pois no extremo ambas situações vem a impor a doença como um divisor de águas quanto a visão desse indivíduo e suas condutas socais.

Considerando todos esses pontos, é possível perceber que além do sofrimento experimentado pela própria doença, existem todos esses entraves que marcam sua identidade a partir da primeira experiencia com o transtorno mental. As representações sociais negativas, ilustradas até o momento (estigma público), em torno do transtorno mental, corroboram para que haja uma internalização dessas crenças. Muitos passam a considerar que os atributos destacados pela doença, os rótulos, como refere Link (1987), pertencem a eles, endossando com isso as atitudes estigmatizantes. Denominados autoestigma, tende a gerar impacto social e psicológico negativo, muitas vezes, diminuindo a autoestima, autonomia e empoderamento (Corrigan, Penn, 1999; Link, Phelan, 2001; Corrigan, Watson, 2002; Corrigan et al., 2006; Bos et al., 2013).

Vários conceitos foram se formando para entender as múltiplas aparições e formatos do estigma. Vejamos alguns:

3.6 Estigma publico

Corrigan e Watson (2002), Corrigan (2016), consideram a existência do estigma público e o estigma internalizado. O estigma público se refere a reação de um grupo de pessoas ou sociedade que não aceita um determinado grupo e desvaloriza as características deste grupo ou de um indivíduo que apresente peculiaridades, sejam físicas ou pessoais, que fogem à norma, levando a atitudes e reações negativas, julgamentos morais e discriminação por parte da sociedade. “.....é o preconceito e a discriminação que surgem quando a população em geral apoia estereótipos específicos” (Corrigan et al., 2010). Tais ocorrências estão embasadas em 3 componentes: estereótipo, preconceito e discriminação. Conforme já discutido, estereotipo são crenças compartilhadas coletivamente sobre um grupo de indivíduos, quando crenças negativas são adotadas, desenvolve-se preconceitos, que são reações emocionais negativas, gerando comportamentos discriminatórios. Temos assim comportamento de um grupo direcionado aos membros de um outro grupo estigmatizado, gerando o distanciamento social. Nessa linha, Thornicroft (2006) acrescenta que o estigma seria também ignorância no sentido da falta de conhecimento e desinformação acerca da doença mental, colaborando com o preconceito e discriminação. Aqui cabe ressaltar que o autor destaca, assim como Link e Phelan (2001), a importância do reconhecimento do aspecto estrutural, ou seja, a perspectiva que o grupo estigmatizado é exposto a diferentes formas de discriminação (além do distanciamento social, no estigma público), gerando discriminação estrutural, criando desequilíbrios e injustiças inerentes às estruturas sociais, decisões políticas e regulamentos legais para os membros de um grupo estigmatizado.

Cabe ressaltar que ao ampliar estudos sobre estigma outros conceitos surgiram. Destacamos o **estigma percebido** que se refere a percepção do estigma e discriminação que a pessoa com transtorno mental descreve como temível ou percebido, expondo crenças sobre atitudes que outros terão em relação aos transtornos psiquiátricos. E o **estigma experimentado/vivenciado** que se refere a experiencia que o indivíduo com

transtorno mental vive de discriminação e isolamento social (Latalova et al., 2014). Destacamos também o **estigma por cortesia**, já descrito por Goffman (1975), que se refere ao estigma “estendido” a pessoas próximas do estigmatizado. Geralmente são familiares ou amigos, que sofrem pelo fato de manter algum vínculo com a pessoa estigmatizada. E o **estigma professional/institucional** que refere sobre o estigma direcionado pelos profissionais de saúde para o estigmatizado. Geralmente, são atitudes em que consideram baixas expectativas no tratamento, voltados mais para a eliminação dos sintomas, rotulação e preconceito (Clement et al., 2010; Loch et al., 2011).

O estigma internalizado, ou autoestigma, segundo Corrigan e colaboradores (Corrigan, Watson, 2002; Corrigan et al., 2010; Corrigan et al., 2011a; Corrigan et al., 2006; Corrigan et al., 2013a,b), se refere a internalização do estigma público, ou seja, o indivíduo toma para si os estereótipos prevalentes na sociedade sobre pessoas com transtorno mental.

3.7 Os aspectos relevantes do autoestigma

Link e Phelan (2001), Corrigan e Watson (2002), Corrigan e Wassel (2008), Corrigan et al. (2011a,b), Corrigan et al. (2012b), Bos et al. (2013) e Corrigan et al. (2016), referem que a internalização do estigma de pessoas com transtorno mental apresentam impactos negativos nos aspectos psicossociais interferindo no funcionamento social, na esperança, na autoeficácia e autoestima baixa, trazendo prejuízos de sua identidade, na continuidade do tratamento, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, na evolução da doença, na realização dos objetivos de vida e busca de emprego, como consequência a internalização da culpa, desesperança, vergonha e distanciamento social, geralmente permeado pelo medo da discriminação por parte das pessoas (Corrigan; Watson, 2002). Em outro artigo, Corrigan et al. (2016) identificou que no processo de autoestigma há estágios progressivos para que possamos referir a presença do autoestigma. O autor chama dos 3 As: aware, agree e aplly (em inglês) em português poderemos considerar consciência (estar ciente) do estereotipo, concordar com ele e aplica-lo a si

mesmo. Identifica que nesse processo há o prejuízo da autoestima e da auto eficácia, podendo gerar um comportamento que Link (1987) referiu como “Por que tentar?” (será melhor discutido). Evitar rótulos refere-se a um terceiro tipo de estigma; ou seja, o estigma prejudica o uso de serviços para indivíduos que necessitam de atendimento psiquiátrico. Uma forma de as pessoas serem publicamente rotuladas é associando-se a um programa de saúde mental: “Ei, essa é Karen. Ela está saindo do consultório desse psiquiatra. Ela deve estar maluca!”. Para evitar a rotulagem, algumas pessoas se abstêm de buscar serviços que seriam úteis ou não continuam a usar os serviços depois de iniciados.

Nessa mesma linha, Yanos et al. (2008), ao estudar autoestigma em pacientes com esquizofrenia, identifica que, nesse processo de aceitação e internalização do estigma social, ocorre uma mudança na maneira como as pessoas percebem e sentem sobre si mesmas, afetando sua forma de planejar e realizar seus objetivos de vida, restringindo possíveis alternativas frente a mudança, a partir da doença. Brohan et al. (2010a) em seu estudo, com pacientes com esquizofrenia, também observou que a internalização do estigma provoca mudanças na identidade do indivíduo, apresentando uma visão estigmatizada sobre si mesmo.

É observada uma relação entre o papel da identidade referente à doença e a revelação do autoestigma. As crenças referentes à ideia que a revelação sobre a doença e seu tratamento trariam prejuízos a sua autoestima podem criar um ambiente de afastamento, de uma identidade de doença mental e com isso, um possível jogo de forças internas, evitando qualquer manifestação de sofrimento. Alguns estudos, no entanto, apontam que revelar suas experiências com a doença mental e tratamentos pode ser importante, por vezes, aumentando a autoestima de algumas pessoas (Rappaport, 2000; Corrigan et al., 2010; Corrigan, Kosyluk, 2013).

A dificuldade em revelar a doença geralmente está ligada a estereótipos (crenças negativas), com receio de sofrer preconceito e discriminação. A internalização desses estereótipos traz como consequência

rebaixamento em sua autoestima e autoeficácia, minando muitas vezes suas relações sociais, familiares e profissionais. Estudos (Corrigan, Rao, 2012; Corrigan et al., 2009; Link, 1987) apontam que o autoestigma apresenta três fases que terminam em perda de auto-respeito: (1) As pessoas estão cientes dos estereótipos sobre a doença mental (por exemplo, a maioria das pessoas acreditam que os indivíduos com transtornos mentais são responsáveis por sua doença - estigma percebido); (2) As pessoas concordam com o estereótipo; (3) Eles então aplicam os estereótipos a si mesmos. Nesse sentido, é observado que frente a essa forma de lidar com a doença e tratamento, muitos se veem impossibilitados de buscar uma vida mais autônoma (Corrigan et al., 2017). Nesse sentido, Link (1987) e Link et al. (1989), já apontavam para a presença constante da ideia do “por que tentar?”. Assim, respostas frente as demandas da vida são interpretadas como: “Por que voltar a estudar se não vou conseguir por não ter mais habilidade?” A pessoa percebe a desvalorização e evita situações que possa sofrer desrespeito público. Assim, tem-se 3 componentes que devem estar presentes para que ocorra o “por que tentar”; autoestigma que resulta de estereótipos; mediadores como autoestima e autoeficácia que sofrem alteração; e alteração na realização do objetivo de vida (Corrigan et al., 2009; Corrigan et al., 2016).

Uma outra discussão trata sobre a identificação em ter um transtorno mental. Há estudos que discutem que identificar-se como doente mental pode acarretar em pior prognóstico e maior pessimismo (Lally, 1989). É importante que se considere as condições psíquicas de cada sujeito. Alguns estudos demonstram que identificar-se com a doença mental e legitimar o estigma demonstra menos esperança e aumento de autoestigma. Por outro lado, pessoas que reconhecem a doença mental, mas rejeitam o estigma da doença mental, demonstram maior esperança e melhor autoestima, além de melhor funcionamento social. Assim, identificar-se com a doença mental não leva automaticamente a mais estresse, mas sim a legitimidade percebida do estigma que ameaça a identidade e prejudica a saúde emocional (Rüsch et al., 2009c).

3.8 Transtorno de humor: depressão e transtorno bipolar e o estigma que os cercam

Segundo Dalgalarrondo (2019) a vida afetiva é o que dá cor a vida mental. O autor faz referência a Mira-Lopez destacando que “quanto mais os estímulos e os fatos ambientais afetam o indivíduo (até a intimidade do ser), mais nele aumenta a alteração e diminui a objetividade. Quanto menor a distância (real ou virtual) entre quem percebe e o que é percebido, mais o objeto se confunde com quem o percebe” (Mira y López, 1974[3] apud Dalgalarrondo, 2019).

Destacamos este ponto pois consideramos que a vida afetiva é um elemento primordial na vida humana e como tudo nas relações humanas, a intensidade e a distância com a qual experimentamos essas relações dão a cor, formato, alegrias e sofrimentos. São as chamadas reações afetivas, onde a sintonização se refere a capacidade da pessoa ser afetada por estímulos externos (reagindo com alegrais e tristezas) e a irradiação afetiva que é a capacidade de transmitir, irradiar, contaminar o outro com seu estado afetivo, podendo estimular que o outro esteja em sintonia consigo (Giglio, 1974[4] apud Dalgalarrondo, 2019). Dentro dessa perspectiva os pontos de reações que apontam para as chamadas alterações de humor seriam a depressão e a mania. Dentro destes 2 pontos há um leque de tonalidades e intensidades, marcando como última instancia as tentativas de suicídio e a morte (Dalgalarrondo, 2019).

Neste trabalho, abarcaremos os transtornos de humor entendendo que a presença dentro de qualquer destes aspectos (depressão ou mania) forçosamente apontará para repercussões na vida pessoal e na vida social. O que nos remete a entender o estigma e suas consequências.

---

[3] Mira y López E. *Psicologia geral*. São Paulo: Melhoramentos; 1974.
[4] Giglio JS. Psicopatologia e semiologia da afetividade. Boletim Psiquiátrico UNICAMP. 1974;2:43-5.

Considerando o aumento expressivo do transtorno mental na população em geral, a Organização das Nações Unidas (ONU) incluiu como um tópico dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a saúde mental, considerando como relevante a diminuição de mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (apresentando propostas de ações de prevenção e de tratamento), promoção da saúde mental, do bem estar, entre outras metas para assegurar uma vida saudável para todos em todas as idades. O reconhecimento que depressão será a segunda maior causa de incidência de doenças em países de renda média, aponta que o Brasil apresenta aproximadamente 12% da população com diagnóstico de transtornos mentais, sendo o primeiro em diagnóstico de ansiedade. Globalmente, os transtornos depressivos, com 300 milhões de pessoas com esse diagnóstico, são classificados como o maior contribuinte individual para a perda de saúde não fatal (7,5% do total de anos de vida com deficiência) (ABRATA[5]; World Health Organization, 2015).

Já o transtorno bipolar apresenta uma incidência de 4% na população mundial, sendo a mesma porcentagem no Brasil, o que corresponde a cerca de 6 milhões de pessoas. Identifica-se que pessoas com transtorno bipolar configura-se como segunda causa de incapacidade para o trabalho, sendo a primeira, depressão (World Health Organization, 2015). Mas o que se considera transtorno depressivo e transtorno bipolar?

No transtorno depressivo unipolar há prevalência das alterações afetivas negativas, sendo a tristeza mais ou menos central, intensa e explícita e de longa duração. Podemos identificar alguns sintomas importantes ao pensarmos na depressão:

- Diminuição da autoestima, de esperança, pessimismo quanto ao futuro;
- Pensamentos de auto-reprovação, culpa;

[5] https://www.abrata.org.br/

- Ideação suicida, comportamento suicida;
- Lentificação ou agitação psicomotora;
- Alteração no sono, do apetite;
- Diminuição das atividades antes prazerosas;
- Reações emocionais alteradas frente a eventos antes prazerosos;
- Perda da libido (Sadock et al., 2017).

O sujeito vê-se desprovido de sua capacidade de enfrentamento. Há uma dificuldade de entender o sofrimento, ou uma dificuldade de poder manter-se responsivo e desejante.

No transtorno bipolar há uma alteração de humor entre a depressão e mania. As subcategorizações estão ligadas a forma que essas alterações ocorrem. A mania se caracteriza por humor alegre, às vezes eufórico ou exaltado, elevação da autoestima e grandiosidade; outras vezes, o humor alegre é substituído pela irritabilidade ou mesmo agressividade (sobretudo ao longo do episódio maníaco, quando o indivíduo se sente frustrado ou impedido de realizar seus desejos e ideias). O paciente tende a sentir seu Eu expandido (elação do Eu), poderoso. Há alterações também das funções vegetativas, cognição, nível de energia, sono. Geralmente há o pensamento rápido podendo chegar à fuga de ideia, com discurso prolixo. Na maior parte do tempo a crítica fica prejudicada. A hipomania são estados maníacos de menor gravidade e de curta duração. Pode apresentar mudanças de humor que geralmente são percebidas por pessoas próximas, irritabilidade, euforia, menos sono, impaciência. Apresenta menor prejuízo à pessoa. Por sua vez, melancolia refere-se a estados de depressão maior, retardo psicomotor, alterações das funções psíquicas, condição pessimista, bem como autoacusações, ideias de morte, podendo chegar ao suicídio. Essa alteração no humor provoca no sujeito e em seu entorno mal estar, conflitos, prejuízos e rupturas afetivas (Moreno et al., 2005; Sadock et al., 2017; Souza, 2005).

Apesar dessas categorizações das doenças, cada sujeito apresentará sua forma de sofrer. Há tons e nuances que os manuais não conseguem identificar. O sofrimento em que o sujeito é tomado já é de “bom tamanho” para ele conseguir digerir. Entretanto, estamos no mundo, nos relacionando, nos comprometendo, desejando. Ao começar a identificar certo mal-estar a primeira coisa que pensamos, na maior parte das vezes, é que “vai passar” e adiamos a busca de ajuda profissional. Nesse primeiro momento podemos considerar uma leve resistência, “uma certa preguiça”. Mas o adiamento, boa parte das vezes, responde as crenças negativas que se instalaram ao longo da vida nas relações com a família, com amigos, colegas de trabalho. São os estereótipos, que vão tomando espaço e criam os receios de como enfrentar os preconceitos que se tem sobre as doenças mentais. “Preguiça”; “falta de coragem”, geralmente ouvem os deprimidos. “Não dá para confiar nele, sempre se mete em confusão”; “o melhor é se separar”, ouvem, muitas vezes, as pessoas na fase da mania.

Várias pesquisas tem apontado a presença marcante do estigma nos transtornos de humor. Os artigos apresentados são unanimes em identificar que o estigma provoca um impacto, corroborando com os próprios limites da doença, muitas vezes se manifestando como autoestigma, que se apresenta, entre outros, pela perda do auto respeito e da autonomia.

A literatura tem mostrado um salto na busca de possíveis intervenções e sua eficácia diante da demanda de sofrimento.

Alguns artigos que serão apresentados tentam buscar respostas para essas questões.

Rusch et al. (2008) preocupado com altas taxas de depressão entre afro-americanos de baixa renda, indaga-se se seria o estigma um dos motivos que possa interferir na busca de tratamento. Considera que essa população pode ter crenças mais estigmatizantes do que os brancos (Rusch et al., 2008), vendo-se como louco ou fraco se diagnosticado, ou buscando tratamento para uma doença mental (Cooper-Patrick et al., 1997; Thompson et al., 2004). Com

o objetivo de entender os níveis de estigma em afro-americanos e auto estigma, obteve como resultado níveis relativamente altos de estigma, podendo relacionar a gravidade da depressão e o estigma.

Griffiths et al. (2004) considerando a relevância de programas anti-estigma, e os poucos estudos feitos quanto sua aplicabilidade em população com transtorno depressivo, desenvolveram uma pesquisa randomizada com programa de Web, visando educar a população com esse diagnóstico sobre a depressão, além de um programa de intervenções cognitivo-comportamentais, visando o estigma pessoal e percebido. Ambas intervenções pela Web (educação baseada na depressão e a intervenção cognitivo-comportamental) apresentaram uma redução pequena, mas estatisticamente significativa, de atitudes estigmatizantes em relação à depressão entre pessoas com altos níveis de sintomas depressivos. Apesar de pequeno, é possível considerar ganhos já que com essa forma é possível atingir um grande número de pessoas, sendo significativo para a saúde pública, inclusive com baixo investimento. Interessante é que no grupo controle, onde o pesquisador ligava, entrevistando o sujeito sobre suas experiências pessoais, apresentou diminuição no estigma percebido. A hipótese é que a experiência de falar sobre esses assuntos para outra pessoa sem julgamento (neste caso, o entrevistador) tenha afetado as percepções dos participantes sobre as atitudes dos outros.

Lee et al. (2015) pesquisaram sobre o estigma em uma cultura ocidental e não ocidental considerando a perspectiva de pacientes com transtorno depressivo e transtorno bipolar. O estudo foi feito no Canadá e Coréia utilizando o *The Inventory of Stigmatizing Experiences* (Inventário de Experiências Estigmatizantes- em português) visando compreender a perspectiva daqueles que são estigmatizados. Curiosamente os resultados apontaram haver níveis mais altos de estigma no Canadá em comparação com a Coréia. Alguns estudos apontam resultados diferentes, o que sugere que há necessidade de mais pesquisas sobre esse tema.

Naushad et. al. (2018) pesquisaram sobre a percepção do estigma associado à depressão e à dor crônica em indivíduos com diagnóstico de depressão, dor crônica e saudáveis. Entre alguns resultados, destaca-se que indivíduos com depressão endossaram níveis mais elevados de estigma percebido, estigma de sigilo e estigma de tratamento, mas não estigma público ou experiências estigmatizantes, apontando assim para resultados de maior valor de estigma de depressão que os de dor crônica. Além dos indivíduos saudáveis perceberem o estigma da depressão como maior que o estigma da dor crônica. Um ponto importante é pensar se a doença mental ainda se mantem mais negativa.

Kennedy (2018) estudou através de entrevistas, os aspectos qualitativos quanto ao estigma, de pessoas com depressão que vivem na área rural da Irlanda. O “objetivo era descobrir em que medida a experiência da depressão é uma fonte de estigmatização na Irlanda rural e investigar as percepções, as compreensões e as experiências do estigma dos participantes em relação à experiência de depressão nesse cenário” (Kennedy, 2018). Os resultados apresentados foram, a depressão associada a fraqueza (inerente ao caráter pessoal e / ou familiar) e incapacidade, gerando perda de status, discriminação no trabalho e distanciamento social. A pesquisa destaca a importância de mais estudos e intervenções em comunidades rurais, abordando o estigma associado a depressão e doença mental.

Griffiths et al. (2008) investigaram potenciais preditores para dois tipos de estigma (pessoal e percebido) em depressão. Utilizaram escalas de estigmas com 3 amostras de sujeitos na Austrália. Identificaram que o estigma pessoal foi consistentemente mais alto entre os homens, com menor escolaridade, nascidos no exterior, com maior sofrimento psicológico atual, menor contato prévio com depressão, não ter ouvido falar de uma iniciativa nacional de conscientização e menor conhecimento em depressão. Estigma percebido apresentaram resultados diferentes. Sugere-se oferecer programas de base ampla para reduzir o estigma pessoal, principalmente para homens, idosos e com níveis educacionais mais baixos e nascidos no exterior. Deve-

se considerar também o desenvolvimento de programas de desestigmatização para pessoas com sintomas sugestivos de sofrimento psicológico e para melhorar o conhecimento sobre depressão.

Ellison et al. (2013), em revisão sistemática sobre transtorno bipolar e estigma, dentre os vários aspectos medidos, identificaram que o estigma público (estereótipos, preconceito e discriminação), considera o transtorno bipolar de forma mais positiva que a esquizofrenia e menos positiva que a depressão.

São poucas as pesquisas que tratam sobre o trabalho e doença mental, principalmente do transtorno bipolar. O'Donnell et al. (2017) interessados nessa relação pesquisaram sobre as associações de humor e aspectos sociais no ambiente de trabalho (estigma) e relacionaram com o funcionamento no trabalho. Essa foi uma pesquisa ampla e destacamos dois pontos: que maior sintomatologia depressiva, níveis mais baixos de apoio social e maiores níveis de estigma estarão associados ao menor funcionamento no trabalho e desemprego; e que indivíduos que passam por situações de bullying, sendo atribuído estereótipos negativos e tiveram sua doença divulgada, tem maior chance de serem demitidos. Ao mesmo tempo, é sabido que a divulgação pode ajudar com alguns direitos no trabalho, bem como maior apoio dos colegas. Mas foi identificado que a divulgação pode arriscar a estabilidade no trabalho. Destaca-se o dilema quanto a divulgação ou não da doença no ambiente de trabalho. "O estigma é uma questão crítica para aqueles com doença mental grave, e nossas descobertas enfatizam que o impacto negativo do estigma pode mesmo atingir a área de emprego" (O'Donnell et al., 2017).

Nesse mesmo tema, sobre divulgação em ambiente de trabalho, destacamos outra pesquisa de revisão de artigos, considerando sujeitos com HIV. O estudo aponta que o nível de divulgação no trabalho é baixo, variando de 22 a 50%. A principal razão para a não divulgação é o medo do estigma (Wagener et al., 2017).

A ideia de intervir de forma a amenizar o sofrimento relatado pelos pacientes quanto ao estigma, tem sido motivo de muitos pesquisadores se debruçarem sobre o tema, identificando programas que possam responder a essa demanda.

Como relatado, algumas maneiras de conscientização sobre a importância de entender o transtorno mental e o estigma tem sido enfatizada. Os protestos, educação e proximidade são formas de mitigar as consequências do estigma. Nenhuma, até o momento demonstrou efeitos mais duradouros, mas ao promover a proximidade entre estigmatizados e não estigmatizados, demonstram melhores resultados, pois permitem uma experiência que coloca em discussão as crenças e preconceitos que foram criados ao longo da história e na vida de cada um. Um exemplo dessas ações, são movimentos de inclusão de crianças autistas em escola tradicional (Corrigan; Penn, 1999).

Mas como promover a interação, se muitas vezes essas pessoas estigmatizadas tem um autoestigma alto e se defendem usando o sigilo sobre o transtorno, se isolando ou interagindo apenas com a família ou pessoas que apresentam a mesma condição?

Podemos entender que esse parece ser um dos motivos que mobilizou Corrigan et al. (2013a,b) a produzir um programa que permitiu que, pessoas com dificuldade em falar sobre sua doença e tratamento, bem como que encontravam-se isoladas das relações e com perspectivas limitadas sobre seus interesses, pudessem reconhecer um espaço para refletir sobre esses pontos. Baseado, principalmente em grupos estigmatizados, preferencialmente nas comunidades gays, identificou que a aceitação e a divulgação estavam relacionadas à redução do autoestigma, bem como a outros resultados positivos.

O programa chamado Coming Out Proud (COP), foi criado a partir do livro de Corrigan e Lundin (2001). No entanto, em uma revisão mais atualizada o nome do programa foi alterado para Honest Open Proud (HOP)

(www.comingoutproudprogram.org). Consideramos a segunda versão, apesar não ter havido modificações substanciais.

Honest Open Proud (HOP) se propõe a permitir que a partir de pontos estratégicos sobre o tema da divulgação, possa reconhecer crenças negativas, considerar prós e contras sobre a divulgação e contar sua história sobre a doença, podendo, de certa forma, historicizar esse momento.

3.9 A importância das intervenções como forma de diminuir o estigma

O estigma é uma condição que pode limitar a vida das pessoas com transtorno mental e de seus familiares (Corrigan, Penn, 1999; Wahl, 1999). Nesse sentido, muitos estudos se voltaram para desenvolver formas de lidar com o estigma.

Como apresentado acima, as propostas de promover uma mudança do estigma público, como referem Corrigan e Penn (1999), apresentam 3 abordagens que privilegiam a mudança: protesto, educação e contato. As estratégias de protesto se manifestam como forma de lidar com cenas que são experimentadas como injustiça, se apresentam como um movimento que pretende discutir ideias desrespeitosas em relação às pessoas com transtorno mental, na tentativa “quebrar o preconceito”. Muitas ONGs podem utilizar essa estratégia, bem como o governo, com propagandas criteriosas. As abordagens educativas, contribuem para aproximar a compreensão da saúde mental otimizando algumas reflexões e permitindo certas mudanças de atitudes. É um recurso que permite a desconstrução de crenças negativas associadas as doenças mentais, identificando e reconhecendo pontos de risco referentes a determinados transtornos mentais. Entretanto, essa ação parece ser restrita no tempo (Corrigan, Penn, 1999; Oliveira et al., 2012; Corrigan et al., 2017).

Corrigan et al. (2001), pesquisando sobre o estigma público identificou a existência da relação entre a distância social do público e sentimentos de medo, referindo que esse distanciamento ocorre pela escassez dos contatos,

alimentado pela história do percurso sobre o tratamento do transtorno mental, sendo percebido como grupo considerado perigoso, imprevisível e pouco competente (Jorm; Griffiths, 2008). Nesse sentido, promover maior proximidade do público com as pessoas portadoras de transtorno mental, pode permitir maior conhecimento sobre essas pessoas ajudando no combate ao estigma e a discriminação. Corrigan e Penn (1999), baseados nos dados de pesquisas, revelaram que, de modo geral, pessoas que estavam mais familiarizadas com portadores de transtorno mental, tendem a apoiar menos ações preconceituosas. Alguns estudos demonstram que o aumento do contacto com pessoas, portadoras de transtorno mental, tendem a diminuir o estigma, principalmente quando esse contato envolve uma relação próxima com a pessoa, em contextos de trabalho ou institucionais (Link, Cullen, 1986; Corrigan, Penn, 1999; Holmes et al., 1999; Corrigan et al., 2001; Read, Harré, 2001; Penn, Corrigan, Watson, 2002; Pinfold et al., 2003; Corrigan et al., 2012a,b; Griffiths et al., 2014).

Os efeitos das 3 estratégias para mudar as atitudes estigmatizantes – educação, contato e protesto - foram apresentadas num estudo realizado por Corrigan et al. (2001). Os resultados mostraram que, a educação e o contato da pessoa com o estigmatizado diminuem a tendência de se atribuir estereótipos, bem como promovem mudanças positivas quanto o lugar do estigmatizado, dando-lhe o reconhecimento de cidadão. Read e Harré (2001) reforçam que as ações referentes a redução de estigma devem focar o aumento do contato direto com as pessoas com doença mental, pois revelaram apresentar bons resultados promovendo mudança de atitudes das pessoas em geral. Pinfold et al. (2003) pesquisaram junto a estudantes do ensino secundário sobre o estigma e transtorno mental e verificaram que aqueles que tiveram contato com pessoas com transtorno mental apresentaram atitudes mais positivas. Em um estudo mais recente, Corrigan et al. (2012a) através de uma meta análise, levantaram estudos que investigaram os efeitos de ações visando a diminuição do estigma público, através da educação, contato e protesto. Identificaram que o contato foi significativamente maior do que educação. “Encontrar pessoas com doença

mental mais severa parece fazer mais para desafiar o estigma do que travar discussões educativas sobre mitos versus fatos da doença mental” (Corrigan et al., 2012a).

Além de medidas que diminuam o estigma público, também é necessário considerar intervenções que permitam as pessoas com transtornos mentais lidar com o estigma de maneira a bloquear algumas de suas consequências negativas. São intervenções que objetivam habilitar a pessoa estigmatizada a criar recursos e enfrentar situações, as quais estará sujeita ao lidar no dia a dia nas relações sociais. Devemos considerar que, ao desenvolver um transtorno mental todas as referências, crenças, experiências com pessoas que apresentavam transtornos mentais, virão à tona e provavelmente a pessoa que acabou de desenvolvê-la se chocará com essas cenas, se indagará como será vista, além de, muito provavelmente, sentir medo, vergonha e raiva. Essa situação foi descrita por Link e Phelan (2001) em teoria da rotulagem modificada. As consequências e o modo de enfrentar será um desafio que o paciente e familiares irão se deparar. Boa parte do enfrentamento se dá a evitar ou reduzir a possibilidade de rejeição. Utilizando-se do segredo sobre a doença, afastando-se do seu círculo social, distanciando-se do estigma da doença mental ao dizer efetivamente “não sou como eles”, desafiando ativamente o estigma quando for encontrado ou envolver-se nos esforços educacionais projetados para reduzir o estigma (Link et al., 2002). Difícil eleger o formato mais adequado. Idealmente poderíamos referir que revelar sobre o transtorno, falar sobre ele de forma a educar as pessoas de sua rede social, bem como desafiar os preconceitos do outro, poderiam ser formas que contribuiria para a diminuição do estigma, mas para a efetivação desse formato há um custo pessoal. Além disso, é importante considerar que há uma construção preconceituosa sobre os transtornos mentais, que está sob um formato mais amplo (político, econômico, histórico) (Link et al., 1991). Entretanto, faz-se necessário entender que, mesmo considerando que há a presença maciça do aspecto social contaminando as relações pessoais desses indivíduos, esforços que venham auxiliar medidas que promovam certo fortalecimento de enfrentar o estigma, também são

importantes. Entretanto, também devemos entender que cada indivíduo tem seu tempo e seus recursos, além do transtorno mental afetar cada um de uma forma. Assim, entender sobre o dilema sobre revelar ou não seu transtorno parece ser um dos primeiros passos nesse enfretamento.

O dilema sobre revelar tem como fator importante o fato dessas pessoas, com transtorno mental, pertencerem ao grupo que Goffman (1975) chamou de desacreditável, ou seja, não há marcas, padrões que, num primeiro momento, exponham sua doença. Nesse sentido, escondê-la parece ser “tentador”, já que com isso poderia manter o dia a dia, como “sempre foi”. No entanto, além do próprio transtorno mental exigir algumas medidas, bem como algumas mudanças ocorrerem na forma de perceber e entender o mundo, manter essa situação de sigilo aponta para um custo alto de autoregulação sobre o que fala e o que faz, bem como o medo de ser descoberto (Pachankis, 2007; Bos et al., 2013). Estudos apontam que a revelação estratégica dos segredos tende a diminuir efeitos prejudiciais, que pode levar a um senso de fortalecimento pessoal e de autoestima (Corrigan et al., 2013a; Corrigan, Rao, 2012). Estudou-se estratégias nesse percurso sobre a revelação. São etapas que cada indivíduo pode identificar-se e talvez, com a intervenção, se arriscar a dar um passo a mais. São 5 pontos:

Evitação social: Fique longe dos outros para que eles não tenham a chance de me estigmatizar!
Segredo: Saia pelo mundo - trabalhe e vá à igreja, mas não conte a ninguém sobre minha doença.
Divulgação seletiva: Conte às pessoas sobre minha doença que parecem que vão entender.
Divulgação indiscriminada: Não esconda de ninguém.
Transmissão: Tenha orgulho. Deixe as pessoas saberem.

FONTE: Corrigan; Rao, 2012

Figura 4 - Hierarquia de estratégias de divulgação

O que se sabe é que, revelar sobre o transtorno mental é uma forma de enfrentar o estigma e o autoestigma, proporcionando melhor qualidade de vida (Corrigan et al., 2010). Ao mesmo tempo é uma decisão que deve ser compreendida pela pessoa que experiencia o transtorno mental, pois decidir falar ou manter o sigilo trará sempre benefícios e consequências. Percebe-se que pessoas que conseguem demonstrar maior abertura para tratar sobre seu diagnóstico, demonstram lidar melhor com a possibilidade de revelar, conseguindo melhores respostas nas relações pessoais e sociais, permitindo melhor controle sobre sua vida (Corrigan et al., 2011b).

No entanto, sempre há consequências sobre a decisão, pois ao falar temos maior exposição e com isso maior visibilidade a reações externas, seja de apoio como de críticas, podendo causar discriminação (Corrigan; Lundin, 2001).

Nesse sentido, as estratégias sobre a revelação do transtorno mental podem ser uma forma de perceber que habilidades estão presentes no

momento para poder reagir, e de que forma, ao estigma e ao autoestigma. Uma maneira de enfrentar pode ser um caminho mais tímido, distanciando-se das relações sociais e restringindo os contatos aos familiares próximos e, as vezes, com a equipe de profissionais e pacientes onde há a realização do tratamento. Uma medida protetiva que limita o campo de ação, mas que não se expõe a preconceitos e discriminação. Outra forma se refere a possibilidade de ampliar um pouco esse escopo, permitindo a presença de um número maior de relações sociais, sejam amigos, emprego, eventos sociais, mas a forma de estar presente é mantendo em sigilo quanto a condição de transtorno mental. Assunto que não pode ser ventilado, exigindo constante regulação das conversas, e apreensão quando ocorrem comentários e situações em que o tema transtorno mental vir à tona. Ainda o campo da proteção a exposição está mantido, mas há um certo interesse no outro, nas relações, no social. Estudos indicam certa apreensão quanto a preocupação de manter o tema em sigilo, pois o receio de ser descoberto está sempre presente (Goffman, 1975; Corrigan, Rao, 2012). Outra forma é a revelação seletiva. Uma forma de poder falar do tema e da sua história, mas com a condição de serem pessoas em que haja confiança e respaldo. A divulgação se dá de forma que as informações são mantidas em segredo. Essa estratégia já apresenta um maior interesse em obter apoio do outro, mas ainda se mantem o segredo que representa vergonha. Acompanhando a Figura 4 vemos uma outra forma, considerando a divulgação indiscriminada, formato que permite a divulgação sem considerar, como relevante, as consequências negativas das pessoas que passam a saber da condição de ter um transtorno mental. O que pode ensejar na última etapa da transmissão, quando além de não se importar com a revelação sobre o transtorno mental, se dispõe a contar sua história de forma a educar as pessoas, compartilhando sua relação com a doença. Percebe-se que nessa fase há uma apropriação sobre sua história, um senso de poder sobre sua experiência com o transtorno mental e estigma.

Considerando esses pontos, voltamos ao programa, já citado anteriormente, HOP. Identificando que os transtornos mentais sofrem de forma inequívoca as consequências do estigma e autoestigma, surge o

momento de pensar em intervenções que possam potencializar estratégias, criando habilidades de enfrentamento. O HOP tem esse objetivo auxiliar a criação de estratégias para lidar com o dilema sobre revelação, pensando em habilidades, formas de entender crenças negativas, perceber reações pessoais frente a elas e identificar o momento de decidir sobre a revelação.

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

a. Objetivo geral

- Avaliar a eficácia referente a expor ou não socialmente o diagnóstico de transtorno mental, a partir de uma intervenção em grupo com pacientes com diagnóstico de depressão e transtorno bipolar, baseada no manual "*Honest Out Proud*", PW Corrigan.

b. Objetivos secundários

- Identificar se a intervenção reduz o autoestigma, o sigilo, isolamento social, o estresse relacionado com o estigma e o estigma como uma barreira para procurar ajuda, quando comparado com o grupo controle.

- Identificar se a intervenção aumenta a autonomia, autoestima, divulgação relacionada a autoeficácia, em comparação ao grupo controle.

- Identificar se a intervenção reduz o estresse relacionado ao sigilo/divulgação em comparação ao grupo controle.

HIPÓTESES

5 HIPÓTESES

1. A intervenção irá aliviar o impacto negativo do estigma sobre os indivíduos em termos da diminuição da vergonha, do sigilo, o isolar-se e o estresse com o estigma, em comparação com o grupo controle, tanto no final da intervenção e após 1 mês de seguimento.

2. A intervenção irá fortalecer os indivíduos a lidar com sua doença mental e possíveis reações sociais negativas, ou seja, aumento de empoderamento, auto estima, auto eficácia e qualidade de vida, em comparação ao grupo controle, tanto no final da intervenção e após 1 mês de seguimento.

3. A intervenção irá reduzir o estresse associado com o sigilo/divulgação, em comparação com o grupo controle, tanto no final da intervenção e após 1 mês de seguimento.

Objetivos	**Escala**
A intervenção irá reduzir o estresse associado com o sigilo/divulgação	COMIS sim, escore em torno de 90 COGAPP ↓
Intervenção tende a aliviar o impacto negativo do estigma sobre os indivíduos em termos da diminuição da autoestigma, do sigilo, o isolar-se e o estresse com o estigma	ISMI ↓ COGAPP ↓ COMIS sim, escore em torno de 90
A intervenção irá fortalecer os indivíduos para lidar com sua doença mental e possíveis reações sociais negativas, aumentará a auto estima, a auto eficácia e a qualidade de vida, bem como a busca de tratamento.	Rosenberg Self-Esteem Scale ↑ Authentiaty Scale (valor na escala), Qualidade de vida subjetiva Barriers to Access to Care Evaluation – BACE

MÉTODO

6 MÉTODO

6.1 Desenho do estudo

Neste ensaio clínico randomizado, foram selecionados 61 pacientes com diagnóstico de transtorno de humor, considerando os diagnósticos de depressão e transtorno bipolar (F30 a F39). Um grupo de 31 com depressão unipolar, e 30 com transtorno bipolar, conforme Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Os critérios de inclusão foram:

- Paciente com diagnóstico de transtorno de humor baseado no DSM-5.

- Idade mínima 18 anos.

- Capacidade de prestar o consentimento informado por escrito.

- Estar em acompanhamento ambulatorial.

- Estar em eutimia (consideramos como a remissão dos sintomas)

- Apresentar pelo menos nível moderado (valor 4) na resposta referente a questão de triagem: “Em geral o quanto você já se sentiu preocupado ou estressado ao tomar a decisão de falar ou manter em segredo que tem uma doença mental?” (1=nada estressado ou preocupado; 7=muito estressado ou preocupado) (Anexo A- ficha de inscrição com questão traigem).

Como critérios de exclusão tivemos:

- Deficiência intelectual (identificado em prontuário ou caso seja observado pelo baixo nível educacional).

- Demência.

- Presença atual de sintomatologia da fase de humor.

- Fazer uso de drogas e álcool.

Informações sobre os critérios de inclusão e exclusão foram obtidos em entrevista e acessando os prontuários dos pacientes.

Os indivíduos foram recrutados entre meados de 2018 a final de 2019, no Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo. Foram selecionados através de divulgação da pesquisa feita em ambiente interno da instituição, e por busca ativa através de lista de pacientes pertencentes a instituição que apresentassem diagnóstico de transtorno de humor. Nessa busca 09 pacientes depressão e 03 pacientes bipolar responderam pela divulgação interna, além de 70 pacientes depressão e 90 pacientes bipolar contatados por telefone. 51 pacientes com depressão e 49 pacientes com transtorno bipolar correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão, respondendo à questão triagem com valor igual ou superior a 4, sendo colocados em uma lista randomizada.

6.2 Tamanho da amostra

Nas revisões de artigos que trataram sobre as intervenções anti-estigma, foram encontrados tamanhos de efeito pequeno a médio (Mittal et al., 2012; Corrigan et al., 2012a,b). Entretanto, há poucos dados sobre a eficácia do HOP, tanto na literatura internacional, bem como na nacional. Aliás, utilizamos o HOP recentemente no Brasil (Setti et al., 2020), com pacientes portadores de esquizofrenia. De modo geral, o tamanho da amostra é pequeno, o que por um lado dificulta as generalizações, mas por outro, permite que estudos de intervenções possam ser aplicados. Considerar estudos de trabalhos clínicos, randomizados com grandes números de pacientes, mostra-se inviável. Nesse sentido, nossa amostra considerou um número que, de forma estatística, poderia apresentar resultados que nos instigariam a ampliar novas pesquisas. Consideramos então, 61 pacientes,

sendo 30 pacientes que passam pela intervenção HOP e 31 pacientes que passam pela intervenção psicoeducativa.

6.3 Randomização

A randomização foi feita pelo site - randomize.net que aleatoriamente distribuiu os números de 1 a 86 em dois grupos (Anexo B). Assim, os pacientes que corresponderam aos critérios de inclusão e exclusão foram contactados por e-mail para responder à questão triagem. Ao responderem ao email seu nome era colocado na sequência dos números dispostos em uma lista. A pessoa foi orientada a aguardar para ser chamada e dar início a atividade. Por termos dois diagnósticos distintos, foram feitas duas listas independentes, uma para pacientes com diagnóstico de depressão e outra para diagnóstico de transtorno bipolar.

Cada vez que formava um grupo de 6 a 8 pacientes referente a intervenção ou ao controle, eram convocados, sendo novamente esclarecidos sobre a pesquisa, assinavam o termo de consentimento, e respondiam a uma bateria de escalas e outros instrumentos. Posteriormente, o grupo tinha início na primeira lição.

Ao longo da convocação houveram desistências de 16 pacientes depressão e 25 pacientes bipolar. Após início dos grupos 8 pacientes depressão e 2 pacientes bipolar compareceram apenas no primeiro dia do encontro. Ao final nossa amostra foi composta de 31 participantes no grupo controle (16 com depressão e 15 com transtorno bipolar) e 30 participantes no grupo intervenção (15 com depressão e 15 com transtorno bipolar). Cabe ressaltar que na fase T2 (3 semanas após termino da intervenção) 07 pacientes do grupo depressão (06 controles e 01 intervenção) e 06 pacientes do grupo bipolar (03 controles e 03 intervenções) não responderam os instrumentos. Em análise estatística (não apresentada) para entender possível interferência nos resultados finais, observamos que os que saíram não eram diferentes dos que completaram o estudo, sugerindo que os desistentes provavelmente não prejudicaram a análise.

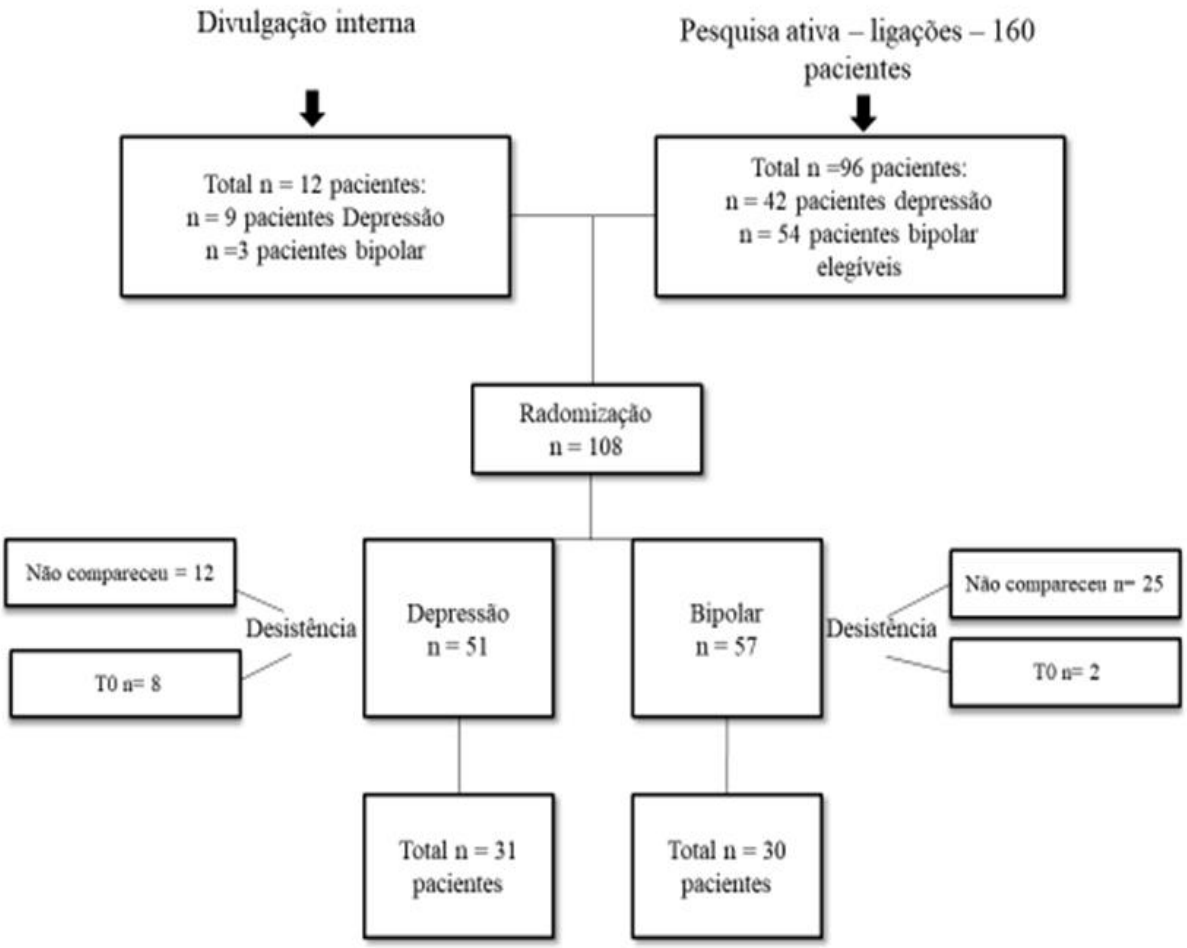


Figura 5 – Fluxograma dos pacientes

6.4 Intervenção e instrumentos

No grupo de intervenção, 30 pacientes passaram por uma intervenção baseada no Honest Open Proud (HOP)—anteriormente conhecido como Coming Out Proud (COP)—e no grupo controle 31 pacientes que passaram por uma intervenção de proposta psicoeducativa. Todos os pacientes que participaram dessa pesquisa estavam em tratamento médico psiquiátrico.

Nossa intervenção se baseou no HOP (Anexo C). Uma primeira versão desse programa foi desenvolvida por Corrigan e Lundin baseado em um livro (2001) e chamado de Coming Out Proud (COP). Entretanto outra versão mais

atualizada foi revista e chamada de Honest Open Proud (HOP) (www.comingoutproudprogram.org).

Um ponto relevante a ser destacado é que a proposta de intervenção deste programa é treinar paciente para que possa estar habilitado a conduzir o grupo. No entanto, a pesquisadora principal (A.M.) foi a condutora da intervenção. Essa proposta se diferencia de todos os estudos apresentados até o momento (Rüsch et al., 2014; Corrigan et al., 2015; Corrigan et al., 2018; Mulfinger et al., 2018), já que a condução por uma pessoa que tenha diagnóstico de transtorno mental possa ser um facilitador principalmente pela identificação.

Entretanto, a decisão de eleger um profissional da saúde foram identificados pelos seguintes pontos:

Falta de motivação dos próprios pacientes que referem não ter disponibilidade, ou sentem-se sem condições de conduzir um grupo;

Tempo necessário, além da execução do grupo, para treinar o manual e sua aplicação;

O Brasil não tem tradição em pesquisas que demandem do paciente uma maior dedicação. Ao mesmo tempo a falta de incentivo financeiro, aponta para uma grande diferença no estimulo para aderirem ao projeto;

Alguns trabalham e não podem se ausentar do ambiente de trabalho;

A distância da casa até o hospital, bem como dificuldade financeira.

Diante deste ponto a escolha por profissional pôde permitir maior proximidade com pacientes; discriminar e entender suas crenças e aflições; rever aspectos relacionados ao preconceito dos profissionais e transtorno mental (Lauber et al., 2006; Nordt et al., 2006; Loch et al., 2011; Loch, 2013), bem como permitir que programas como o HOP, que tem proposta de intervenção curta, possa ser utilizado em instituições de saúde pública auxiliando na aproximação equipe e pacientes.

HOP tem como proposta principal apoiar pessoas com transtorno mental na decisão de divulgar ou não sua doença e tratamento. A intervenção consistiu em três aulas presenciais com duração de 2 horas em intervalos semanais. Os grupos incluíram 6 a 8 participantes. Um psicólogo com experiência clínica atuou como facilitador. Todos os participantes receberam uma cópia da pasta de trabalho da HOP. O objetivo dessa intervenção é ajudar as pessoas com doença mental, (no caso, transtorno de humor) a pensar e decidir sobre a divulgação ou o sigilo sobre a sua doença e seu tratamento, considerando vários contextos. Nesse sentido, não é o objetivo que ele divulgue sua condição, mas que possa se sentir ajudado a encontrar uma solução melhor para seu conflito.

O manual escrito em inglês foi traduzido e retrotraduzido. Para garantir que a tradução fosse precisa, um não membro da equipe de pesquisa que não teve acesso à versão em inglês do questionário retraduziu a versão inglês para o português. A versão retrotraduzida foi então comparada com o manual original em inglês e as revisões necessárias foram feitas. Solicitamos então, que pacientes, que não fariam parte da pesquisa e colegas/estudantes universitários, lessem o manual ajudando na identificação de alguma dificuldade de compreensão. Todos os participantes do grupo HOP receberam uma cópia do manual.

Conforme referido, o manual apresenta 03 lições assim divididas:

A primeira aula do HOP é sobre os prós e contras da divulgação. Os participantes discutem sua ideia de identidade e doença mental para que possam decidir como enquadrar sua identidade. Eles discutem como os segredos fazem parte da vida de todos, para que possam decidir se suas experiências com doenças mentais devem ou não ser divulgadas. Eles também pesam os custos e os benefícios em revelar em diferentes contextos para facilitar a decisão de divulgação.

Lição 1. Considerando os prós e contras da revelação

1. Você se identifica como uma pessoa com doença mental

2. Os segredos são parte da vida

3. Considerando os prós e contras da revelação

Nessa lição os temas relevantes serão tratados da seguinte forma:

1. Nós discutiremos a ideia de IDENTIDADE e doença mental então você poderá decidir como você “molda” sua identidade (We discuss the idea of IDENTITY and mental illness so you can decide how you frame your identity.).

2. Nós anotaremos quais segredos são parte importante da sua própria vida e então você decidirá se conta ou não sobre essas experiências (We note that secrets are a part of everyone’s lives so that you can decide whether your experiences with mental illness should or should not be disclosed.).

3. Nós ajudaremos você identificar os custos e benefícios sobre revelar a sua doença (We help you weigh the costs and benefits of coming out so that you can decide whether or not to disclose.).

A segunda lição é sobre diferentes maneiras de divulgar. Nesta parte, os participantes discutem os níveis de (não) divulgação, desde a evitação social e o completo sigilo até a divulgação indiscriminada e a transmissão da experiência em locais públicos, como OGNs, por exemplo. Aqui também os prós e contras sobre a (não) divulgação são discutidos. Também é discutido como identificar as pessoas com as quais vale ou não a pena revelar sobre a doença, e como responder às reações delas, discutindo como os outros podem responder à sua divulgação e como isso o afetará.

Lição 2. Há diferentes formas de se revelar

1. Formas de revelar

2. Para quem posso revelar

3. Como as pessoas reagirão a minha revelação

Pontos discutidos serão:

1. Nós descreveremos 5 formas, e então você irá considerar os custos e benefícios associados a cada estratégia (*We describe five ways here, and then guide you through considering the costs and benefits associated with each strategy*.).

2. Nós discutiremos com você o processo de selecionar pessoas para quem você considera possível revelar (*We guide you through the process of selecting a person to whom you are considering disclosing*.)

3. Nós, então, consideraremos como os outros possam responder à sua divulgação (*We then consider how others might respond to your disclosure.*)

Na terceira lição, os participantes aprendem a contar sua história de maneira pessoal e significativa, como identificar os pares que podem ajudá-los no processo de revelação, a rever o modo como a história foi contada e, finalmente, reunir tudo o que aprenderam. Todas as lições são acompanhadas por histórias e planilhas no livro de exercícios.

Lição 3. Contando sua história

1. Como contar sua história

2. “Orgulhoso” pela solidariedade e suporte entre os pares (*Coming out proud through SOLIDARITY and peer support*)

3. Como foi?

4. Colocando tudo junto

Nessa última lição os pontos discutidos serão:

1. Aprenda uma maneira de contar a sua história de uma forma pessoalmente significativa (*Learn a way to tell your story in a personally meaningful way*.).

2. Identificar colegas que podem ajudá-lo com o processo de revelação (*Identify peers who might help you with the coming out process.*)

3. Analise como contar a sua história (*Review how telling your story felt*.).

4. Vamos revizar tudo que você aprendeu, a fim de avançar (*Put together all you've learned in order to move forward*).

Especificamente na terceira lição, há o momento em que se apresenta e discuti locais de apoio e que os participantes poderiam buscar para poderem discutir com os pares alguns temas relevantes para si. Entretanto, aqui no Brasil, ainda esses locais são em menor número, dificultando muitas vezes algum acesso das pessoas a poderem tratar suas questões sobre a doença mental. Nesse momento, buscamos discutir sobre locais que possam ser conhecidos dos participantes, bem como a importância da existência deles.

No grupo controle foram feitos o mesmo número de encontros e carga horária, tratando temas como doença e tratamento, adesão e relação familiar, sempre na mesma sequência. O tema estigma aparecia de forma espontânea e era discutido, mas não era incentivado a sua exploração. Os temas foram abordados de forma reflexiva, para que cada paciente contribuísse com suas experiências. Quando haviam questões sobre dùvidas referentes a doença, medicamentos e adesão, o facilitador (psicólogo) trazia informações e fomentava discussão de como cada paciente lidava com o tema, por exemplo, continuar tomando medicamento após sentir-se melhor? E os efeitos colaterais? Eram também incentivados a buscar melhor forma no tratamento com a equipe médica.

Destacamos que este ponto, sobre buscar melhores informações e procedimentos, sempre foi incentivado, em todos os grupos, a discutir com a equipe.

6.5 Instrumentos

Todos os instrumentos foram aplicados em três momentos: T0=avaliação inicial, realizada três dias antes da primeira sessão do grupo; T1=avaliação pós-intervenção, realizada dentro de 3 dias após a terceira sessão, ou seja, 3 semanas após o início do estudo; T2=avaliação de acompanhamento do grupo 3 semanas após a última sessão do grupo (± 3 dias).

Todas as avaliações foram realizadas pessoalmente para garantir que os dados estivessem completos e que os participantes pudessem fazer perguntas em caso de dúvida. Sete escalas foram usadas para medir diferentes aspectos dos participantes. As escalas foram traduzidas do inglês para o português, depois traduzidas para o inglês e verificadas quanto à consistência por um psicólogo bilíngue. Após os ajustes necessários, foi realizado um pré-teste com todas as escalas em uma população aleatória (três funcionários do hospital e três estudantes da instituição onde a pesquisa foi realizada). Assim, verificamos (1) tempo de aplicação, (2) exequibilidade do instrumento e (3) adequação do idioma do instrumento à população estudada.

Destacamos que das 7 escalas utilizadas, 3 já haviam sido traduzidas e/ou validadas para o uso no Brasil:

Internalized Stigma inMental ILLness Scale – ISMI -29 itens (Ritsher et al., 2003)/ Inventário de doença mental e estigma internalizado (Soares et al., 2015).

Rosenberg Self- Esteem Scale - 10 itens (Rosenberg,1965) / Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Sbicigo et al., 2010).

Barriers to access to care evaluation scale–BACE -30 ítens (Clement et al., 2012)./ Adaptação da Escala de Avaliação das Barreiras ao Acesso ao Cuidado (Silva et al., 2013).

Foram utilizadas as seguintes escalas:

1. **Qualidade de vida subjetiva** - 17 itens (Lehman, 1988), examina a frequência de contato social, satisfação com suas relações sociais, quantidade de atividades de lazer e satisfação com atividades de lazer, quanto maior a pontuação maior a qualidade de vida quanto as relações e atividades sociais. Apesar dessa escala tratar de outros domínios relacionados a qualidade de vida, elegemos apenas esses domínios que tratam especificamente sobre as relações socais, por considerarmos esses pontos relevantes quanto ao transtorno mental e relações sociais e pelo fato da escala permitir medir o funcionamento dos domínios de forma separada. Cada questão possui pontuações diferentes, mas todas indicam que quanto maior o valor, melhor a forma de lidar com as relações sociais (Anexo D).

2. **Escala de auto-estima de Rosenberg** (Rosenberg, 1965), traduzida e adaptada para o Brasil (Hutz, 2000[6]; Hutz, Zanon, 2011). São 10 sentenças avaliando como se sente sobre si mesmo através do formato likert sendo 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), sendo seis sentenças referentes a uma visão positiva de si mesmo e quatro referentes a uma visão autodepreciativa. Essa escala é largamente utilizada e capaz de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto. A baixa autoestima se expressa pelo sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; e a alta

[6] Hutz CS. (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Adaptação da escala de autoestima de Rosenberg. (Manuscrito não publicado); 2000.

consiste no autojulgamento de valor, confiança e competência (Rosenberg, 1965; Hutz, Zanon, 2011). O resultado é a soma geral. Altos valores sugerem boa autoestima (Anexo E).

3. **Escala assumindo a doença mental - COMIS** (Corrigan et al., 2010), os autores reconhecendo a importância do autoestigma como prejudicial e identificando que revelar sobre a doença pode trazer melhoras na forma de lidar com a doença, elaboraram essa escala que permite reconhecer índices quanto o temos sobre revelar a doença, ou não e propor ações que melhorem as maneiras de intervir. COMIS mede os benefícios percebidos sobre revelar seu transtorno e os benefícios de não revelar. Num primeiro momento, apresenta uma questão, cuja resposta pode ser sim ou não: “Você já revelou ou não sua doença a familiares, amigos e colegas?”. Posteriormente, em uma escala de 1, concordo totalmente, a 7, discordo totalmente, o sujeito responde as 21 afirmativas sobre os motivos que o levaram a revelar e os motivos que o levaram a adiar a revelação, bem como questões que apresentam motivos que promoveriam o adiamento da revelação e o que justificaria a revelação no futuro. A soma varia de 21 a 147 pontos, indicando que valores próximos a 90 estão dentro do esperado (Anexo F).

4. **Escala de Autenticidade** (Wood et al., 2008), segundo autores a definição de autenticidade, que embasa esse instrumento, se refere a uma visão tripartida de autenticidade, baseada na definição da psicologia centrada na pessoa e que é composta por auto-alienação (quanto a pessoa se conhece ou sente-se desconectada do verdadeiro eu), aceitação da influência externa (aceitar a influência de outras pessoas e a crença de que se deve estar em conformidade com as expectativas dos outros) e vida autentica (comportar e expressar emoções de maneira consistente com a consciência dos estados fisiológicos, emoções, crenças e cognições). Essas subescalas são medidas através de 4 questões de cada âmbito,

sendo ao todo 12 frases em que a resposta é dada através de uma régua de likert de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Nas questões referentes a vida autentica os valores devem ser invertidos como forma de tornar a escala negativa. Cada subescala tem valores de 4 a 20 pontos e um total na soma geral de 12 a 60 pontos. A soma dos pontos destaca que maiores valores menor autenticidade (Anexo G).

5. **Internalized Stigma inMental ILLness Scale – ISMI** -29 itens (Ritsher et al., 2003)/Inventário de doença mental e estigma internalizado (Soares et al., 2015) Essa escala de 29 itens com respostas 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), tem por objetivo medir o estigma internalizado de pessoas que sofrem transtorno mental. Traduzida e adaptada para o Brasil em 2015 (Soares et al., 2015; Ronzani et al., 2017), mostrou ser um instrumento que corresponde aos objetivos. Os valores altos apontam maior estigma internalizado. O ISMI está dividido em 5 “subescalas”: alienação (busca medir a experiência subjetiva de ser menos que um membro pleno da sociedade ou ter uma 'identidade estragada' - 6 itens), aprovação de estereótipos (mede o grau em que os entrevistados concordam com os estereótipos comuns sobre pessoas com doença mental - 7 itens), percepção de discriminação (identificar a percepção de quem responde, sobre a maneira como atualmente tende a ser tratado por outras pessoas - 5 itens), evitação social (busca identificar estratégias de evitação nas relações sociais - 6 itens), resistência ao estigma (descreve a experiencia de resistir ou não ser afetado pelo estigma internalizado - 5 itens- inverter valores). Os valores podem ser identificados pela soma de cada subescala, bem como a soma total, que deve ser dividida pelo número de questões respondidas. Valores altos apontam para maior estigma internalizado. Como as respostas foram codificadas de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), 2,5 será o ponto médio do intervalo. Como forma de ilustrar de forma mais clara,

utilizaremos tanto da soma bruta como o valor do ponto médio (Anexo H).

6. **Avaliação cognitiva do estigma como estressor (CogApp)** *Cognitive appraisal of stigma as a stressor* - 8 itens (Rüsch et al., 2009a,b). /Escala que mede como o sujeito lida com o preconceito das pessoas. São oito afirmativas que devem ser respondidas em uma escala de pontos, sendo 1, discordo totalmente, a 7, concordo totalmente. Essa escala identifica que o nível de estigma público percebido e variáveis pessoais predizem se indivíduos estigmatizados avaliam o estigma como estressante, excedendo seus recursos de enfrentamento percebidos, avaliando resposta cognitiva do estigma como estressor (Anexo I).

7. **Barriers to Access to Care Evaluation - BACE** (Clement et al., 2012) /Escala de Avaliação de Barreiras ao Acesso à Assistência-BACE (Silva et al., 2013). Os autores entenderam que existem barreiras que dificultam que pessoas portadoras de um transtorno mental busquem auxilio médico, bem como outras formas de ajuda após início da doença. Essas barreiras podem estar relacionadas ao estigma e não relacionadas ao estigma (instrumentais/atitudinais), e limitam o acesso aos cuidados de saúde mental. Usada para identificar as principais barreiras aos cuidados enfrentados por pessoas que atualmente usam, ou usaram recentemente, serviços secundários de saúde mental. Possui 30 itens, incluindo 12 relacionados ao estigma (3,5,8,9,12,14,17,19,21,24,26,28). Cada questão tem 4 possíveis respostas que valem de 0 (menos barreira) e 3 (mais barreira). A soma geral, bem como apenas das questões de estigma, anuncia que quanto maior o valor mais barreiras estão presentes. A escala vai de 0 a 90 pontos. Foi adaptada para o português (Anexo J).

Foram coletados dados sociodemográficos, como idade, sexo, estado civil, anos de estudo, anos de tratamento (Anexo A) e classe socioeconômica

(Anexo K). Este último foi classificado de acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; www.ibge.gov.br). Essas classes socioeconômicas são baseadas na renda familiar que leva em consideração a infraestrutura da família, como o número de banheiros na residência e ter empregados (as), bem como os ativos da família (número de carros, televisões, geladeiras etc.), para classificar indivíduos nas classes socioeconômicas do IBGE.

A rotina da pesquisa ocorreu da seguinte forma: os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa foram chamados para receberem as orientações sobre a pesquisa, bem como assinarem o termo de consentimento (Anexo L) e preencherem a ficha com os dados socioeconômica (Anexo K), além de responderem aos instrumentos (T0). Posteriormente foram agendados os 3 encontros seguintes. Ao termino do ultimo encontro, os sujeitos foram orientados a retornarem no máximo 3 dias para responderem aos mesmos instrumentos aplicados anteriormente (T1), bem como orientados a retornarem um mês após para responderem novamente aos mesmos instrumentos (T2).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq HC FMUSP; CAAE nº 57068216.3.0000.0068) (Anexo M).

ANALISE ESTATISTICA

7 ANALISE ESTATISTICA

Neste trabalho foram utilizados dois formatos estatísticos.

Num primeiro momento os dados foram descritos em termos de média e desvio padrão, para variáveis contínuas, e número e porcentagem, para variáveis categóricas. A diferença entre os grupos (intervenção vs controles) foi analisada com ANOVA e teste T de Stundent, e com qui-quadrado para variáveis contínuas e categóricas, respectivamente. Em relação à comparação pré e pós-ensaio, foram calculadas as diferenças entre os escores T1 e T0 para os controles e para o grupo intervenção, para cada indivíduo. O teste T de Student foi usado para comparação estatística. Esse formato foi descrito no trabalho publicado em 2021, na revista Frontiers (os resultados serão apresentados).

Para aprofundarmos o nosso estudo, tomamos a decisão de utilizarmos um outro formato estatisitico, que poderia representar, de forma mais detalhada, os valores que obtivemos em nosso ensaio.

Assim, nossa analise utilizou modelos de efeitos mistos (LMM – Linear Mixed Model), considerando a interação tripla entre diagnóstico, tratamento e tempo. Isso permite avaliar cada um desses cruzamentos e identificar o que provavelmente estava acontecendo. A análise dos resultados é dos efeitos de interação mais complexos para os mais simples, diagnóstico, tratamento e tempo; as interações duplas dependem se a interação tripla não for significativa e os efeitos principais precisam que nenhuma interação seja significativa.

Quantos aos efeitos principais, consideraremos:

Efeito principal de diagnóstico mede se há diferença entre os diagnósticos independente de tempo ou tratamento.

Efeito principal de tratamento mede se há diferença entre os tratamentos independente de tempo ou diagnóstico.

Efeito principal de tempo mede se há diferença entre os tempos independente de diagnóstico ou tratamento.

Referente as interações temos:

Interação diagnóstico*tratamento mede se a maneira que a média muda ao aplicar o tratamento depende também do diagnóstico independente do tempo de mensuração.

Interação diagnóstico*tempo mede se os dois diagnósticos têm a mesma evolução independente do tratamento.

Interação tratamento*tempo mede se os dois tratamentos têm a mesma evolução independente do diagnóstico.

Interação tripla mede se o cruzamento de diagnóstico e tratamento têm a mesma evolução ao longo do tempo.

Ressaltamos que as análises foram feias pelo SPSS 25 para Mac e o nível de significância adotado (ou erro tipo 1) é de 0.05.

Consideramos também o tamanho de efeito que quantifica a grandeza dos efeitos observados no estudo como forma de entender melhor a importância do resultado obtido, sendo calculado cada efeito principal e de interação. Utilizou-se os eta quadrado (η^2) parciais de todos seus modelos, onde o η^2 são 0.01, 0.06 e 0.14 para pequeno, médio e grande, respectivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando que há dois grupos de tratamento nomearemos como **grupo intervenção** aquele que foi aplicado o programa HOP e de **grupo controle** o grupo que foi aplicado programa psicoeducacional.

Os dados demográficos estão resumidos na Tabela 1. Observa-se predomínio do sexo feminino tanto no grupo de intervenção (70%) quanto no grupo controle (77,4%). A idade mostrou-se próxima em ambos os grupos em torno de 42 anos (com DP 16.8/interv e 11.9/contr.). O grupo intervenção apresenta predomínio de pacientes com maior tempo de estudo sendo 80% com mínimo de 13 anos de estudo (24 pac), contra 58% (18 pac.) do grupo controle. Quanto ao diagnóstico, o grupo intervenção foi composto por 50% dos pacientes com diagnóstico de depressão e 50% por bipolar. Enquanto que o grupo controle apresentou uma pequena diferença sendo o grupo bipolar com 48.4% (15 pac) e 51,6% no grupo depressão (16 pac). A maioria são solteiros no grupo de intervenção (56,7%), diferente do grupo controle sendo menos da metade de pacientes solteiros (38,7%). Referente a emprego, destacamos que o grupo de intervenção apresenta 46,7% (14 pac) empregados e no grupo controle 38,7% (12 pacientes) possuem emprego. Observa-se, entretanto, que não houve diferenças significativas entre os grupos com valor de p> 0.21.

Tabela 1 - Características dos sujeitos por divisão de grupos

	Intervenção	Controle	P
Sexo (feminino; n,%)	21 (70%)	24 (77,4%)	0.51
Idade (media, DP)	42.2 (16.8)	42.8 (11.9)	0.87
Anos de escolaridade (13 ou mais; n,%)	24 (80%)	18 (58%)	0.21
Estado civil (solteiro; n,%)	17 (56.7%)	12 (38.7%)	0.51
Diagnóstico (bipolar; n,%)	15 (50%)	15 (48.4%)	0.90
Emprego (anos; n,%)	14 (46.7%)	12 (38.7%)	0.53

Como forma de entender se o tratamento (intervenção e controle) apresentou algum resultado no grupo de pacientes Depressão e Bipolar, utilizamos modelos para medidas repetidas (quando medimos o(s) mesmo(s) indivíduo(s) em mais de uma condição de avaliação-intervenção/diagnóstico/tempo), visando os dados longitudinais (são medidas repetidas em que a condição de avaliação não pode ser aleatorizada). Assim, nossas tabelas e gráficos mostram os valores médios considerando diagnóstico, tratamento e tempo.

Nosso estudo, partindo do objetivo geral, destacou 3 objetivos secundários. Estes se referem as consequências que a intervenção (HOP ou Psicoeducativo), além de auxiliar ou não na divulgação sobre o tratamento, teve quanto a auxiliar na diminuição do estresse do estigma, autoestigma, autoestima, autenticidade, qualidade de vida, bem como nas barreiras de tratamento.

Nesse sentido, resolvemos apresentar os resultados destacando aspectos relevantes com discussão dividindo por temas mais amplos e posteriormente apresentando uma discussão geral. Acreditamos que esta forma facilite a compreensão dos dados.

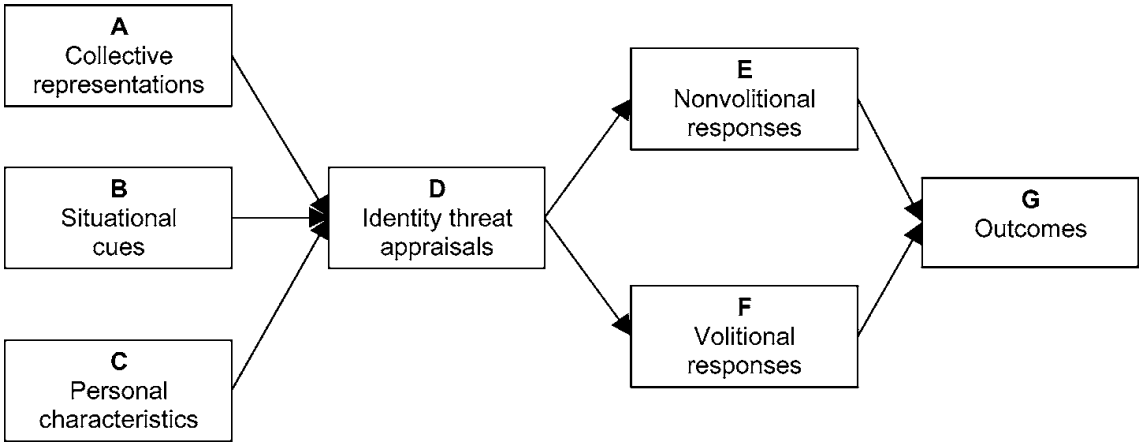
8.1 Grupo intervenção e grupo controle: o estresse sobre o estigma – CoGapp (Avaliação cognitiva do Estigma como um estressor)

O objetivo primeiro deste trabalho foi identificar se o programa HOP, (grupo intervenção), que visa auxiliar na revelação sobre o transtorno mental, foi eficaz na sua proposta e se manteve no tempo. Assim, entender o estigma em um grupo de pacientes com diagnóstico de transtorno de humor e o dilema sobre revelar sobre o tratamento, foi o primeiro passo na compreensão deste trabalho.

A questão principal deste estudo foi refletir sobre as implicações para os pacientes de expor ou não expor socialmente seu diagnóstico, bem como entender se o programa HOP, conseguiu reduzir o estresse do estigma

associado com o sigilo/divulgação sobre o transtorno mental, auxiliando na divulgação. Além de identificar se a atividade psicoeducativa tem algum grau de interferência nos resultados ao comparar com a atividade HOP.

Uma forma de entender a existência de estresse do estigma e sua capacidade de enfrentamento foi medida pela Avaliação Cognitiva do estigma como estressor (CogApp). Conforme referido anteriormente é uma escala dividida em 2 aspectos que visa medir fatores de vulnerabilidade e resiliência ao estresse do estigma. A Vulnerabilidade (avaliação primária - Harm) representada por 4 questões refere o quanto a pessoa se vê atingida por preconceito percebido (“Preconceito contra as pessoas com doença mental vão ter consequências prejudiciais para mim”) e Coping (avaliação secundária- Resiliência) 4 questões que tratam o quanto reconhece formas de enfrentar os preconceitos (habilidades)(“Eu tenho os recursos que preciso para lidar com problemas causados pelo preconceito contra as pessoas com doença mental”). Na avaliação primária, uma pessoa estima o dano potencial resultante do estigma; na avaliação secundária, os indivíduos estimam seus recursos pessoais para lidar com o estigma. Assim, o estresse do estigma é um escore diferente da avaliação primária e secundária e ocorre quando o dano percebido excede os recursos de enfrentamento percebidos. Fatores públicos e pessoais predizem por que algumas pessoas com transtorno mental percebem o estigma como estressante, mas outras não (Figura 6) (Major; O’Brien, 2005).



FONTE: Major; O'Brien, 2005

Figura 6 – Modelo de estigma de ameaça de identidade

Conforme a Figura 6, o autor aponta 3 fatores que moldam a avaliação do estresse:

a- Como reconhecem o transtorno e o "grupo a que pertence". Ou seja, os membros do grupo avaliam seu ingresso de maneira positiva ou negativa (valor percebido do grupo); quão fortemente os indivíduos se identificam com seu grupo (identificação do grupo) e a percepção do ingrupo como uma unidade coerente e significativa. O grupo tem valor significativo seja como elemento fortalecedor, bem como irrelevante e isso tem impacto no estresse relacionado ao estigma. Ao mesmo tempo perceber a relação que pode ter com grupos externos (por exemplo: pessoas que não tem transtorno mental).

b- Indivíduos estigmatizados podem considerar justo o que socialmente é apresentado sobre o transtorno mental. Tal percepção pode aliviar, subjetivamente, o estresse relacionado ao estigma.

c- Maior sensibilidade a rejeição nas relações pessoais, ficando mais vulneráveis ao estigma e por consequência uma avaliação mais alta ao estresse (Major; O'Brien, 2005).

Tabela 2 - Escores do CoGapp dos individuos com Depressão (medias e DP para variáveis continuas)

COGAPP (media, DP)	Intervenção T0	Intervenção T1	Controle T0	Controle T1
Stigma-related harm	4.68 (2.11)	3.58 (1.65)	4.56 (2.14)	4.40 (1.79)
Coping resources	4.18 (1.27)	5.03 (1.41)	4.01 (1.65)	4.36 (1.47)
Stigma stress (=harm – coping)	0.50 (2.40)	-1.45 (2.38)	0.55 (3.36)	0.05 (3.03)

*SD: standard deviation

Tabela 3 - Teste Student's T para diferenças no CoGapp em indivíduos com depressão

COGAPP (media, DP)	Intervention	Control	P
Stigma-related harm	-1.10 (1.59)	-0.15 (1.34)	0.084
Coping resources	0.85 (1.16)	0.34 (1.20)	0.243
Stigma stress	-1.95 (1.86)	-0.50 (2.21)	0.058

d- *SD: standard deviation

Tabela 4 - CoGapp - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração

variavel	Diagnóstico	Tratamento	Tempo	N	Média	DP	Min	Max
COGAPP.harm	Bipolar	Controle	T0	15	16,3	8,4	4	28
			T1	15	15,5	7,3	4	28
			T2	12	15,3	8,1	4	28
		Intervenção	T0	15	16,7	7,8	5	28
			T1	15	14,1	7,2	4	28
			T2	12	14,6	6,8	8	28
	Depressão	Controle	T0	16	18,2	8,6	4	28
			T1	16	17,4	6,9	4	28
			T2	10	19,6	6,4	5	25
		Intervenção	T0	15	18,7	8,5	4	28
			T1	15	14,2	6,7	4	26
			T2	14	13,1	6,4	4	25
COGAPP.coping	Bipolar	Controle	T0	15	17,6	5,9	8	28
			T1	15	19,3	4,7	12	26
			T2	12	22,0	4,2	16	28
		Intervenção	T0	15	22,0	4,2	13	28
			T1	15	23,8	3,6	18	28
			T2	12	23,8	3,0	19	28
	Depressão	Controle	T0	16	16,1	6,6	7	28
			T1	16	18,6	5,0	10	26
			T2	10	20,5	3,6	14	25
		Intervenção	T0	15	16,7	5,1	7	28
			T1	15	20,1	5,6	10	28
			T2	14	20,1	5,1	13	28
COGAPP Diferença	Bipolar	Controle	T0	15	-1.33	10.20	-18	12
			T1	15	-3.80	8.95	-19	9
			T2	12	-6.67	10.80	-24	7
		Intervenção	T0	15	-5.27	10.60	-21	13
			T1	15	-9.73	9.40	-21	9
			T2	12	-9.17	8.62	-20	6
	Depressão	Controle	T0	16	2.19	13.40	-24	19
			T1	16	-1.12	10.50	-21	17
			T2	10	-0.90	8.66	-19	8
		Intervenção	T0	15	2.00	9.60	-24	13
			T1	15	-5.93	9.71	-24	9
			T2	14	-7.00	10.50	-24	9

Tabela 5 - CoGapp - análise de variância do modelo de efeitos mistos

CoGapp - Harm	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	351,8892	1	< 0.001
Diagnóstico	0,7689	1	0,381
Tratamento	0,9334	1	0,334
Tempo	10,4163	2	0,005
Diagnóstico:Tratamento	0,6202	1	0,431
Diagnóstico:Tempo	0,3338	2	0,846
Tratamento:Tempo	4,742	2	0,093
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	3,0723	2	0,215

CoGapp - Coping	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1272,8375	1	< 0.001
Diagnóstico	5,9472	1	0,015
Tratamento	4,0881	1	0,043
Tempo	30,9769	2	< 0.001
Diagnóstico:Tratamento	1,7829	1	0,182
Diagnóstico:Tempo	1,2771	2	0,528
Tratamento:Tempo	2,5104	2	0,285
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,3878	2	0,824

CoGapp - Diferença Coping - Harm	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	11,2349	1	0,001
Diagnóstico	3,1361	1	0,077
Tratamento	2,6872	1	0,101
Tempo	30,5	2	< 0.001
Diagnóstico:Tratamento	0,004	1	0,950
Diagnóstico:Tempo	1,1239	2	0,570
Tratamento:Tempo	2,6636	2	0,264
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	2,9501	2	0,229

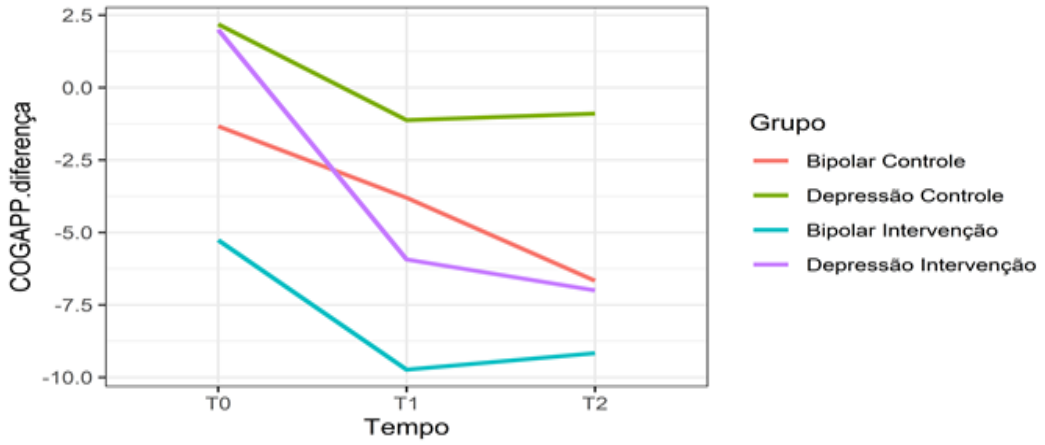


Gráfico 1 - CoGapp- Diferença Harm – Coping - Gráfico de Interação do resultado final CoGapp entre grupos e tempo

Os resultados apontados nas tabelas 2 e 3 descrevem sobre o estresse do estigma (CoGapp) a partir da diferença entre os grupos (intervenção vs controles) comparando pré e pós-ensaio, calculando as diferenças entre os escores T1 e T0 para os controles e para o grupo intervenção, para cada indivíduo. O teste T de Student foi usado para comparação estatística.

Os valores apontam que o grupo depressão, referente a modalidade do grupo intervenção (HOP), obteve índices significativos, indicando melhoras no estresse do estigma. Conforme a tabela 2, observamos resultados em T0 que apontam estresse quanto a vivência de preconceito, denotando dificuldades em demonstrar habilidades para enfrentar o preconceito público (0,50). Ocorrendo o mesmo com o grupo controle em T0, apontando pouco recurso nesse enfrentamento (0,55). Após tratamento em T1, podemos identificar melhora na habilidade em lidar com o estresse no grupo de intervenção (-1.45) com valor de p=0.058, o que não é possivel identificar no grupo controle que manteve resultados piores (0,05) quanto a habilidade de enfrentamento do preconceito. Esses resultados se aproximam daqueles obtidos também em outros estudos (Corrigan et al., 2015; Mulfinger et al., 2018). Cabe ressaltar que por esse trato estatístico, não obtivemos valores significativos em outros grupos.

Considerando o formato de efeitos mistos, observamos as Tabelas 4 e 5 e o tratamento de todos os resultados do CoGapp. Quanto aos aspectos **Harm** (vulnerabilidade), identificamos que as medias apontam para uma queda ao longo do tempo. Ou seja, ao longo dos três tempos T0, T1 e T2 há uma diminuição da vulnerabilidade frente a percepção do preconceito, estigma percebido, para todos os grupos (Bip Cont – 16,3/15,5/15,3 vs Dep cont – 18,2/17,4/19,6 e Bip Int – 16,7/14,1/14,6 vs Dep Int – 18,7/14,2/13,1). Curiosamente esta redução acontece a todos os sujeitos sugerindo que tanto o grupo controle (psicoeducativo) bem como o grupo intervenção (HOP), além do diagnóstico, se beneficiaram dos pontos retratados nos encontros. Mas cabe alguns destaques:

Apesar da queda nas médias de modo geral, foi possível identificar que os valores das médias do grupo Bipolar em T0 (16.3/cont vs 16.7/interv) se mostraram um pouco menores que do grupo Depressão em T0 (18.2/cont vs 18.7/interv). Apesar dos valores não apontarem para índices significativos entre os grupos, levantamos como hipótese uma tendência do grupo Depressão apresentar indício de maior vulnerabilidade. Assim pensamos em duas hipóteses:

a) poderia ser um sinal de distorções cognitivas (sofrimento psíquico) particularmente importantes que poderiam influenciar uma pior percepção das atitudes dos outros, mostrando-se mais sensíveis ao comportamento que o outro possa vir a demonstrar. Este ponto é trazido por Major e O'Brien (2005) e Rüsch et al. (2009a,b) ao descreverem alguns aspectos presentes na compreensão do estresse com o estigma, bem como um dos resultados apontados por Griffiths et al. (2008). Rüsch et al. (2009a,b) também refere que dentre as reações emocionais ao estresse do estigma, a vergonha é apontada quando a percepção do estigma é vista como mais prejudicial. Podemos hipotetizar que o grupo Depressão tende a interpretar, num primeiro momento, e de forma equivocada, eventos da vida sejam eles triviais, neutros ou até mais estressores do cotidiano, geralmente como evidencias de efeitos pessoais, demonstrando um senso exagerado de responsabilidade pelas adversidades. Considerando os aspectos psíquicos tratados no transtorno depressivo, elementos como culpa, desesperança e tendência ao isolamento seriam pontos marcantes que contribuiriam para esta configuração (DSM-5; Sadock et al., 2017);

b) como apontam outros estudos, o grupo Depressão por apresentar maior insight sobre a doença, tem mais percepção do preconceito social e narrativas negativas sobre os prejuízos que o transtorno causa. De qualquer forma, a presença de índices maiores do grupo Depressão pode ser um sinal que demanda atenção por parte dos profissionais de saúde mental (Ghaemi et al., 2000; Yen et al., 2005a,b).

Destacando as diferenças das médias, o grupo intervenção (HOP) nos 3 tempos (depressão-18.7/14.2/13.1 vs bipolar-16.7/14.1/14.6) apontaram para um valor maior de queda, de 2 a mais pontos. O que nos alerta para uma tendência do programa HOP, em detrimento do controle (depressão-18.2/17.4/19.6 vs bipolar-16.3/15.5/15.3), poder oferecer aos sujeitos com transtorno de humor certo benefício que auxilia na diminuição da vulnerabilidade, demonstrando maior ganho para o grupo Depressão.

Quanto aos resultados referentes ao aspecto do **Coping** (resiliência) foram apresentados valores significativos em 3 momentos:

a. Os resultados apontaram que as atividades desenvolvidas ao longo do tempo nos grupos controle (Bip- 17,6/19,3/22,0 vs Dep-16,1/18,6/20,5) e intervenção (Bip- 22,0/,23,8/23,8 vs Dep-16,7/20,1/20,1) apresentaram melhoras nas médias, sugerindo que ambos os grupos, ao longo do tempo se beneficiaram das atividades desenvolvidas. Assim como, as atividades apresentaram melhoras no aspecto da vulnerabilidade, no aspecto resiliência identificamos que as atividades, de modo geral, também apontam para melhoras.

b. O grupo Bipolar nos 3 tempos (cont- 17.6/19.3/22 vs int - 22/23.8/23.8) apresentou média mais alta que o grupo Depressão (cont - 16,1/18,6/20,5 vs int – 16,7/20,1/20,1) demonstrando melhores recursos para lidar com o estresse do estigma sugerindo inclusive certa manutenção, após o tratamento. Rüsch et al. (2009a,b,c) apontam que a percepção de mais recursos para lidar com o estigma demonstra diminuição da ansiedade social. No entanto, estudos sobre o transtorno bipolar e estigma apontam dados controversos. Um ponto a ser destacado refere que pacientes com transtorno bipolar apresentam resultados melhores se comparado a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia no que se refere ao estigma público, mas resultados piores comparados a depressão (Ellison et al., 2013). Entretanto, nossos resultados sugeriram que o grupo Bipolar apresentou menor média frente a

vulnerabilidade do preconceito e melhor média quanto a recursos para enfrentar o preconceito em relação ao grupo Depressão. Aqui podemos pensar se o grupo Bipolar, por ter característica mais expansiva, reconhece a relação intragrupo e extragrupo, como um espaço para mais discussões, além de verem-se como menos vulneráveis para lidar com a rejeição nas relações pessoais (Seaton et al., 2008).

c. Outro dado apresentado nesse item (Copping) se refere ao resultado significativo do grupo intervenção (Dep. 16.7/20.1/20.1 vs Bip. 22.0/23.8/23.8), pontuando mais que o grupo controle (Dep. 16.1/18.6/20.5 vs Bip. 17.6/19.3/22.0) em todo o estudo. Estes resultados, sugerem que ações especificas sobre o tema (estigma) auxiliam no desenvolvimento de estratégias para lidar com o estresse do estigma. Apesar desse resultado ainda ser parcial quanto ao resultado final sobre estresse do estigma (CoGapp diferença) (Tabela 4, Gráfico 1), estudos que utilizaram esse mesmo programa de intervenção (HOP) apresentaram resultados positivos quanto a melhora do estresse do estigma (Rüsch et al., 2014; Corrigan et al., 2015; Mulfinger et al., 2018). Observando ao longo do tempo identificamos que apesar do grupo intervenção responder com melhores médias apontando se beneficiar do programa HOP em detrimento do psicoeducativo, cabe ressaltar que as medias melhores são demonstradas pelo grupo Depressão. Houve um aumento em geral de 4 pontos na média em relação ao grupo Bipolar. Novamente foi percebido que o grupo Depressão parece se beneficiar do tratamento, principalmente o HOP, apontando valores de melhor resultado e que se mantém no acompanhamento.

De modo geral obtivemos resultados que apontaram que as atividades (HOP e Psicoeducativo) interferiram de forma positiva nos grupos Bipolar e Depressão, entretanto, podemos considerar que o grupo intervenção (HOP) demonstrou tendência a melhores respostas, além do grupo Bipolar que

demonstrou melhores médias, sugerindo que esses pacientes teriam melhor resiliência para lidar com o estresse do estigma.

Como resultado final CoGapp**- diferença** (Tabelas 4 e 5, Gráfico 1) obtivemos resultados significativos para todo os grupos de sujeitos ao longo dos 3 tempos (bip cont -1,33/-3,80/-6,67 vs bip int -5,27/-9,73/-9,17 vs dep cont 2,19/-1,12/-0,90 vs dep int 2,0/-5,93/-7,0), apontando uma média ligeiramente maior para o grupo Depressão, sugerindo que o grupo Depressão pareceu se beneficiar de medidas dialogadas que permitiram trocas e reflexões sobre o tema (Martin, 1986).

Destacamos que o grupo Depressão apontou resultados de estresse de estigma em T0 (cont 2.19 vs int 2.00) positivos. Este valor demonstra níveis de estresse elevado em comparação com o grupo Bipolar (cont. - 1.33 vs Interv. -5.27) (Tabela 4). Observou-se o mesmo aspecto na tabela 2, em que a percepção do grupo Depressão apontou para maior estresse do estigma (valores positivos), ao mesmo tempo que pôde se beneficar do tratamento HOP.

Outro ponto observado foi que as intervenções (HOP e psicoeducativo) demonstraram ter impacto positivo sobre o estresse de estigma, para todos os sujeitos, principalmente se considerarmos o grupo Depressão (Gráfico 1) que ao longo do tempo apontou para resultados de melhora quanto ao enfrentamento do estresse, seja em resultado proximal (T1), bem como de acompanhamento (T2). Acrescentamos que as médias apresentadas no grupo HOP/Depressão (2,0/-5,93/-7,0) os valores apontaram maiores valores, sugerindo melhores mudanças. Apesar de não apresentarem resultados estatisticamente significativos, nos arriscamos a considerar o programa HOP como um bom auxilio em benefício da diminuição do estresse do estigma em pacientes deprimidos, bem como na diminuição de sintomas depressivos (Rüsch et al., 2014; Corrigan et al., 2015; Mulfinger et al., 2018). Corroborando com esses resultados, um estudo recente (Conley et al., 2020), que utilizou o

programa HOP, obteve resultados positivos quanto a redução de estresse frente ao preconceito, com grupo de jovens universitários.

Assim, as médias apontaram que o tratamento HOP, bem como Psicoeducativo, apresentaram bons resultados no desenvolvimento de recursos frente ao estresse do estigma. Estudos (Yanos et al., 2015) sobre intervenções para diminuir o autoestigma, demonstraram que os vários modelos de intervenção, sempre prevalecendo o diálogo, informação, relato da sua história, critica sobre estigma, apontaram resultados positivos, diminuindo o estresse de estigma e interferindo na melhora do autoestigma, otimizando recursos de enfrentamento. O grupo controle que usou como tratamento o modelo psicoeducativo, não tinha a proposta de trazer, especificamente para discussão, o tema estigma, preconceito e discriminação. Entretanto, os diálogos tendenram a relatar situações frente a dificuldades no dia a dia, fosse a dificuldade em reconhecer a doença e como lidar com o preconceito das pessoas no seu entorno, dificuldades no trabalho e faculdade, com a família, além da decisão de tomar medicamentos que, por vezes, tinham efeitos colaterais desagradáveis.

Um ponto que nos chamou a atenção foi que do grupo de 61 pacientes, poucos foram os que haviam, em algum momento, se beneficiado de algum atendimento psicológico, psicoterapia ou psicoeducação. Talvez esta oferta de tratar, mesmo que por pouco tempo, alguns pontos mais críticos, possa ter sido o benefício apontado nestes resultados, pois foi possível em ambos tratamentos dar ênfase em temas que promovessem discussões sobre crenças negativas, bem como permitir troca de experiências com o tratamento e o transtorno mental que puderam ser compartilhadas entre o grupo. Destacamos que Matsuzaka (2016) em seu doutorado desenvolveu um programa com agentes comunitários, com reduzido número de intervenções (3 a 4 sessões), com pacientes depressivos. Os resultados apontaram índices de melhora dos sintomas, sugerindo que intervenções que promovam a fala podem trazer certa melhora ao paciente que apresenta sofrimento psíquico, mesmo com número reduzido de sessões.

Mas vamos entender melhor o que seria o estresse frente ao preconceito.

Reconhecidamente o estigma, referente aos transtornos mentais, ainda está presente no nosso dia a dia. Situações de distanciamento, crenças negativas, sentimentos ambíguos circulam dentro da sociedade das mais variadas formas, é o chamado estigma público (Wahl, 1999; Ritsher, Phelan, 2004; Rüsch et al., 2005; Schomerus et al., 2012). O reconhecimento do estigma público, ou seja, a percepção da existência, bem como o reconhecimento de passar por experiências estigmatizantes tendem a gerar estresse que desencadeiam respostas nem sempre positivas de como lidar com o preconceito percebido. Estudos apontam que quanto mais os indivíduos com transtorno mental identificam o estigma público, maior é o estresse associado a ele, pois observa-se as consequências tanto no que se refere ao funcionamento cognitivo quanto emocional (Corrigan, Penn, 1999; Rüsch et al., 2005; Matthieu, Ivanoff, 2006; Rüsch et al., 2009a,b,c). Reações de vergonha, isolamento, sigilo são alguns dos modos de se apresentar diante desse abalo (Link et al., 2002; Major, O'Brien, 2005; Schibalski et al., 2017).

A percepção do estigma público também depende, em parte, das percepções do indivíduo sobre os danos relacionados ao estigma e dos recursos pessoais para lidar com essa ameaça (Figura 1) (Major, O'Brien, 2005; Brohan et al. ,2010b).

O estresse do estigma ocorre quando o dano percebido devido ao estigma excede os recursos de enfrentamento percebidos da pessoa e está associado a reações emocionais, como vergonha e ansiedade, bem como autoestima reduzida (Rüsch et al., 2009a,b,c; Major, O'Brien, 2005). Se o estigma pode ser um fator de estresse, as reações de enfrentamento são importantes.

Ao ser identificado que os transtornos mentais sofrem as consequências que o estigma acarreta, dentre as suas mais diversificadas formas, foi-se entendendo que o estresse, promovido pelo reconhecimento

das “etapas” do estigma (estereótipo, preconceito, rotulagem, discriminação), interfere na qualidade de vida das pessoas que tem transtorno mental, bem como na autoestima e por fim apontando maior índice de autoestigma (Scior et al., 2020). Link et al. (1991) já discutiam essas reações de enfrentamento e, baseado em estudos anteriores, apontam 3 formas de enfrentar a rotulagem e estigma. Seriam elas o sigilo, a exposição seletiva e a educação.

O sigilo é reconhecido como uma forma de proteger a imagem. Goffman (1975) já apontava esse recurso frente ao estigma oculto (por ex. transtorno mental) e o chamou de desacreditável. Ao mesmo tempo o autor percebe que ao mantê-lo em segredo se vêem apreensíveis que, em algum momento em situações sociais ou laborais, possam ser descobertos temendo as consequências dessa revelação por outro. O que reforça que o temor de ser “descoberto” são estressores exclusivos daqueles com estigma oculto, quando a condição de estigmatizado não é totalmente conhecida em todas as situações sociais presenciais (como é no estigma visível) (Pachankis, 2007). São vários os estudos que apontam que o sigilo ao longo do tempo traz prejuízo, pois passam a exigir automonitoramento (Smart; Wegner, 1999), perda de emprego (Bordieri; Drehmer, 1986; Link et al., 2001), diminuição das relações socias (Schneider; Conrad, 1980), até mesmo isolamento social (Link et al., 1991; Link et al., 2001). Mas uma das primeiras formas de lidar com o diagnóstico psiquiátrico no enfrentamento do preconceito é manter em segredo esta situação como forma de "esconder" suas dificuldades ou o diagnóstico dos outros, para evitar serem vistos sob uma luz negativa e se tornarem alvo de discriminação. Este dilema, trazido pelos pacientes, fica mais evidente em situações de maior exposição, geralmente fora dos laços familiares, nas relações sociais e em ambiente de emprego, denunciando um conflito da descoberta potencial, tornando o estigma oculto- desacreditável, uma difícil situação.

8.2 Grupo intervenção e grupo controle: o dilema de revelar sobre o transtorno mental - COMIS (Assumindo a Doença Mental)

O programa usado – HOP - prevê a discussão desse tema. Revelar ou não revelar sobre o transtorno psiquiátrico foi uma das perguntas feitas no início do acompanhamento.

COMIS é uma escala que trata sobre o dilema de revelar ou não o transtorno mental. Partindo de uma pergunta chave “você já decidiu contar para a maioria de seus familiares, amigos e conhecidos que você tem um transtorno mental? Você já decidiu não esconder isso?” Aqueles que respondem "sim" recebem itens referindo sobre por que a pessoa revelou e por que ela não havia revelado antes. Aqueles que respondem “não” recebem itens sobre por que preferem manter o segredo e por que viriam a revelar no futuro. Composta por 21 itens, 7 representando benefícios de revelar e 14 itens sobre benefícios de manter o segredo. Os participantes respondem a cada item com uma escala de concordância de 7 pontos (7 = concordo totalmente).

Tabela 6 - COMIS – distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração

Variável	Diagnóstico	Tratamento	Tempo	N	Média	DP	Min	Max
COMIS.revelar	Bipolar	Controle	T0	15	25,9	9,2	10	37
			T1	15	26,3	7,6	14	39
			T2	12	23,1	8,2	7	36
		Intervenção	T0	15	32,0	9,4	7	46
			T1	15	33,1	10,1	9	46
			T2	12	32,8	11,4	9	44
	Depressão	Controle	T0	16	28,4	11,8	7	49
			T1	16	27,2	10,0	7	42
			T2	10	27,1	10,0	7	39
		Intervenção	T0	15	30,7	9,7	13	47
			T1	15	32,0	10,3	7	44
			T2	14	29,7	10,2	7	47
COMIS.não.revelar	Bipolar	Controle	T0	15	66,8	18,9	30	92
			T1	15	66,4	15,7	29	88
			T2	12	62,2	13,4	35	83
		Intervenção	T0	15	73,5	22,3	25	98
			T1	15	78,5	18,3	25	97
			T2	12	79,5	9,3	60	90
	Depressão	Controle	T0	16	75,9	26,4	17	98
			T1	16	71,6	22,9	22	95
			T2	10	69,8	21,1	22	94
		Intervenção	T0	15	68,1	25,9	14	98
			T1	15	68,9	25,5	22	98
			T2	14	67,3	20,6	26	98
COMIS.total	Bipolar	Controle	T0	15	92,7	19,8	48	123
			T1	15	92,7	18,0	46	122
			T2	12	85,3	16,7	59	119
		Intervenção	T0	15	105,0	25,3	50	140
			T1	15	112,0	20,1	56	139
			T2	12	112,0	15,4	93	134
	Depressão	Controle	T0	16	104,0	28,6	53	147
			T1	16	98,8	23,1	56	133
			T2	10	96,9	21,1	55	121
		Intervenção	T0	15	98,9	30,2	27	135
			T1	15	101,0	33,4	33	141
			T2	14	97,0	29,1	33	145

Tabela 7 - COMIS - análise de variância do modelo de efeitos mistos

COMIS revelar	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	694,0826	1	< 0.001
Diagnóstico	0,0018	1	0,966
Tratamento	6,3237	1	0,012
Tempo	2,5476	2	0,280
Diagnóstico:Tratamento	0,67	1	0,413
Diagnóstico:Tempo	0,3834	2	0,826
Tratamento:Tempo	1,017	2	0,601
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,3921	2	0,822

COMIS não revelar	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	774,5434	1	< 0.001
Diagnóstico	0,0235	1	0,878
Tratamento	0,269	1	0,604
Tempo	1,2337	2	0,540
Diagnóstico:Tratamento	2,4667	1	0,116
Diagnóstico:Tempo	1,589	2	0,452
Tratamento:Tempo	2,3847	2	0,304
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,3203	2	0,852

COMIS Total	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1174,4725	1	< 0.001
Diagnóstico	0,0259	1	0,872
Tratamento	1,9931	1	0,158
Tempo	2,9507	2	0,229
Diagnóstico:Tratamento	2,8022	1	0,094
Diagnóstico:Tempo	1,7099	2	0,425
Tratamento:Tempo	2,9532	2	0,228
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,4598	2	0,795

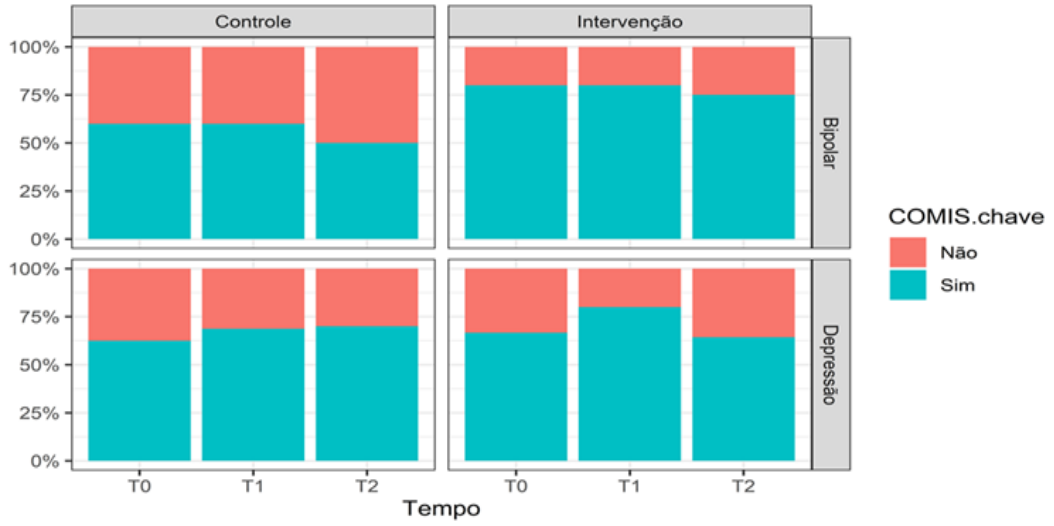


Gráfico 2 – Demonstração gráfica sobre questão chave (revelar ou não sobre tratamento e transtorno) distribuído no tempo.

Observando as Tabelas 6 e 7 temos os valores das questões sobre os motivos de revelar e não revelar. Observamos que sobre os motivos de revelar sobre o tratamento e transtorno, o programa HOP (bip 32/33,1/32,8 vs dep

30,7/32/29,7) se mostrou um instrumento de ajuda nas justificativas e reconhecimento deste ato. Questões como “Eu revelei sobre minha doença mental porque estava confortável comigo mesmo”; “Eu revelei sobre minha doença mental para ajudar outras pessoas com o processo de revelação”, passaram a ser relevantes aos sujeitos que fizeram o HOP.

Já no Gráfico 2 vemos as respostas obtidas a partir da pergunta chave sobre a decisão em revelar ou não sobre o transtorno e tratamento. Observamos que não houve alteração significativa sobre a decisão em revelar entre os 3 tempos, considerando os grupos intervenção e controle. Temos em T0, início da atividade, uma maioria que já havia decidido revelar sobre o diagnóstico (41/61 sujeitos). No momento seguinte, após tratamento do HOP e do grupo controle, apenas 3 tomaram a decisão de revelar sobre o diagnóstico.

O primeiro aspecto a observar foi o número grande de sujeitos que já haviam tomado a decisão sobre revelar, sendo um elemento presente também no estudo de Rüsch et al. (2014). Corrigan et al. (2010), no artigo que inaugura esta escala aponta este fato, que se repete em sua pesquisa, considerando um possível viés, já que as pessoas que se sentem mais à vontade para lidar com o transtorno e o tratamento, sejam os sujeitos que se dispõem a participar mais das pesquisas. Temos talvez este impasse, considerando, como já relatado em outro espaço, que a busca ativa de pacientes para participar deste estudo teve que contar com o interesse em falar sobre estigma e neste sentido, parte destas pessoas já vinham pensando e já haviam decidido sobre este aspecto.

Diferentemente dos resultados de nosso estudo anteior em que pacientes com diagnóstico de esquizofrenia apresentavam índices de estresse maior no início e resultados melhores após aplicação do programa HOP (Setti et al., 2020), auxiliando no aumento do número de pacientes que decidiram revelar sobre seu transtorno, pacientes com transtorno de humor apresentaram um número maior de pacientes que já haviam revelado sobre a doença e tratamento. Os motivos que podem promover essa diferença

estariam ligados a condição que pacientes com diagnóstico de transtorno de humor teriam maior lastro social, se expondo mais a situações que invoquem a revelação?

Conforme relatado acima, o programa HOP auxiliou na melhora do enfrentamento do preconceito. Neste caso, apesar de não podermos demonstrar influência deste programa sobre a possibilidade de ajudar na decisão, observamos que o programa pôde dar melhor subsidio para manter a condição de revelar sobre o transtorno, o mesmo ocorrendo no trabalho de Rüsch et al. (2014). Henderson et al. (2013) destacaram que estudos randomizados obtiveram resultados indicando que auxílios a decisão sobre revelar produzem maior conhecimento, participação mais ativa na tomada de decisão e níveis mais baixos de conflito decisório, que se refere à incerteza e insatisfação ao tentar fazer uma escolha.

Cabe discussão sobre essa decisão em ambientes que possam ser menos “acolhedores”, como emprego ou relações socais mais amplas. Isso por que, ao longo das sessões, foram vários os momentos que surgiram conversas sobre o dilema de revelar ou não em ambientes de trabalho, locais de ensino e relações afetivas. Este ponto já havia sido observado por Goffman (1975), que referia que a reação ao dilema sobre revelar poderia ser o sigilo para evitar rejeição, bem como manter uma relação social mais limitada, revelando para “próprio” (aqueles igualmente estigmatizados) ou “sábio” (aqueles que conhecem e aceitam os estigmatizados), mantendo assim certa proteção contra a rejeição que poderia resultar se eles se aventurassem a procurar amigos, empregos e similares em um ambiente social mais amplo. Seria a exposição seletiva anunciada por Link et al. (1991). Pachankis (2007), também discute sobre o dilema da divulgação alertando sobre os dois lados, seja pelo risco da rotulagem e discriminação, seja pelos beneficios que a revelação pode trazer proporcionado maiores oportunidades de apoio social, facilitando a procura de ajuda, aumentando a autenticidade e diminuindo o estresse associado ao sigilo.

Considerando este tópico temos poucos estudos que tratam especificamente sobre o tema revelar e emprego (Henderson et al., 2013; Toth, Dewa, 2014). Corrigan et al. (2018) destacam a importância de criar intervenções especificas para grupos específicos.

No nosso estudo, os sujeitos do grupo intervenção (depressão e bipolar), narraram o dilema e a insegurança sobre esse aspecto. Principalmente quando estão diante de entrevistas de emprego. O receio de experienciarem preconceito/discriminação faz com que muitos não falem, se reservando o direito ao sigilo, outros conseguem tratar do tema de forma seletiva, sentindo confiança em alguns colegas. Não supomos que haja uma forma única para lidar com esse tema, entretanto o que foi interessante é que, qualitativamente, pudemos discutir alguns pontos limites para cada sujeito, reconhecendo que há algumas formas de lidar com isso, mas nenhuma que os isentem de tratar o conflito. Interessante que, assim como Lasalvia et. al. (2013) apontaram, esse dilema pode mudar conforme o indivíduo passe pelas fases de recuperação, assim também foi possível ouvir as diversas formas que cada um pôde reconhecer como possível para lidar com o tema. Apesar de não ter sido o foco de nosso estudo, destacamos o trabalho de Isaksson et al. (2018) que investigaram sobre formas de enfrentamento, baseados em Link et al. (2004) – sigilo, educação, desafio. Os autores referem que 81% dos pacientes atendidos em serviços de saúde mental relataram mais de uma maneira de enfrentamento, demonstrando flexibilidade na forma de como usam as orientações, o que sugere capacidade de perceber os tipos e eventos estressores (Miller; Kaiser, 2001). Observamos que houveram discussões entre os pacientes que demonstraram flexibilidade, discriminando locais e momentos para revelar, intensificados pelas lições do programa que auxiliaram a pensar em estratégias de enfrentamento (Figura 4) (Miller; Kaiser, 2001).

Puddifoot (2019) discutiu esse assunto sob a ótica da filosofia e psicologia. Problematizando a questão sobre o dilema, o autor refere que tanto a divulgação como a não divulgação terá sempre a presença do “mal

entendido” como um elemento a ser considerado. A opção por divulgar coloca em risco ser estereotipado, mesmo por aqueles que se dizem contra o estereótipo e discriminação, destacando a presença da estereotipagem implícita, correndo o risco de serem mal interpretados. Aqui vale lembrar da pesquisa da Devine (1989), que destaca o esforço que pessoas, mesmo aquelas que se referem não preconceituosas, devem ter em mente para poderem lidar com situações em que o tema preconceito está presente, pois em respostas automáticas a tendência será sempre demonstrar preconceitos.

Por outro lado, ao decidir não revelar, as pessoas podem não compreender aspectos do seu transtorno mental e com isso deixam de identificar suas necessidades, julgando seus comportamentos de forma a considerar apenas uma violação das normas e expectativas sociais.

Em todos os artigos que tratam sobre o tema revelação referente ao transtorno e ao tratamento, o que se destaca é que a decisão deve sempre ser tomada pelo individuo, pois os benefícios e dificuldades frente a decisão serão experienciadas por ele. Mas também alerta que promover reflexão sobre este tema é importante. Mais recente, Rüsch et al. (2019), considerando o tema emprego e revelação, apontaram maior relutância dos pacientes em divulgar sobre o transtorno e tratamento, identificando que essa decisão previa reemprego em curto prazo, entretanto alertaram sobre sua eficácia a longo prazo, descrevendo maior preocupação e demissões; por outro lado em outro estudo os mesmos autores (Rüsch et al., 2018) apontaram que a revelação entre familiares e amigos, entre outros aspectos, pode melhorar a qualidade de vida de indivíduos desempregados com problemas de saúde mental. Um ponto importante apresentado pelo artigo de Pachankis (2007) refere que não revelar, mantendo um segredo, pode induzir a uma preocupação com o estigma afetando o bem estar e funcionamento social. Destaca 4 aspectos que acompanham esse conflito: “(a) o sigilo faz com que os pensamentos sejam suprimidos, (b) esta supressão causa intrusões do pensamento, (c) a intrusão leva a maiores esforços para suprimir o

pensamento e (d) o ciclo de intrusão-supressão continua enquanto a informação for mantida em segredo” (Pachankis, 2007).

Em nosso estudo, houve um maior número de pacientes que já haviam revelado sobre o transtorno e tratamento, cabe ressaltar que vários trouxeram como tema que a revelação sobre a doença e tratamento não foi planejada. Às vezes, feita em situações de “franca crise” (mania ou depressão mais intensa), ou como forma de “se libertar deste fardo” (sic) ao ouvir comentários pejorativos sobre algum conhecido com algum transtorno mental. Os pacientes relataram que a ideia ao falar era poder, ao revelar, demonstrar que ter um transtorno mental não os reduziria a uma pessoa incapaz. Mas ao mesmo tempo trouxeram relatos de arrependimento, pois passaram a ser vistos por vizinhos de forma preconceituosa. “Se eu tivesse participado destes encontros antes...” (sic). Aqui podemos identificar a importância sobre poder pensar sobre o momento, com quem e a forma de tratar sobre o tema. HOP identifica essa necessidade, sugerindo “um treino” antes de decidir sobre a divulgação.

Curiosamente os sujeitos que resolveram revelar após o tratamento (intervenção/controle) (T1) são todos do grupo Depressão (2 suj do grupo intervenção e 1 suj do grupo controle). Observando os valores das médias referente ao estresse sobre o estigma (tabelas 4 e 5), já havíamos apontado que o grupo Depressão teve maiores valores em T0 (Tabela 4) e apresentou melhoras quanto ao recurso de enfrentamento, principalmente os pacientes do grupo intervenção (Tabela 4). Acreditmos que o Grupo Depressão pôde se beneficiar da atividade, conseguindo reconhecer melhor habilidade para lidar com o preconceito, tendência apontada pelos resultados finais sobre a melhora do estresse neste grupo. Especificamente sobre pacientes com diagnóstico de Depressão o estudo de Isaksson et al. (2018), apontaram que estes pacientes ocultaram seus problemas de saúde mental mais do que aqueles com diagnóstico de transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno de ansiedade. Roeloffs et al. (2003), ao estudarem pacientes com depressão em atendimento em atenção primária, tinham como

objetivo entender se a revelação sobre a depressão traria repercussões negativas em áreas importantes, como conseguir emprego, obter seguro saúde e manter amizades. Referem que 67% dos sujeitos relataram consequências negativas ao divulgar sobre o transtorno na conquista de um emprego, 59% acreditaram que teriam dificuldades para conseguir um seguro saúde e 24% na manutenção de amizades. Em outro estudo, Lasalvia et al. (2013) relataram que pacientes com diagnóstico de depressão 71% dos participantes desejaram ativamente ocultar sua depressão de outras pessoas, e que o grupo que ocultou o diagnóstico relatou maior experiência de discriminação e discriminação antecipada, diferentemente daqueles que revelaram o seu diagnóstico. Conforme Puddifoot (2019) relata, talvez sejam as consequências que, ao não falar sobre o transtorno, ações que poderiam ser justificadas como um aspecto da doença, tendem a ser interpretadas como “capricho, excentricidade da pessoa”, etc. Kelly e Jorm (2007) apontaram que pessoas ao lerem vinhetas sobre depressão, também usariam o sigilo como forma de manter, de modo geral, relação sociail com as pessoas, acreditando evitar o preconceito.

Reafirmamos que, apesar do sigilo sobre o transtorno ser uma das primeiras decisões frente ao diagnóstico, posteriormente revelar e falar sobre esse tema parece trazer melhores benefícios. Acreditamos que o tempo de tratamento, e por consequência, o envolvimento nas relações sociais, familiares e laborais possam ser uma condição importante. O grupo estudado apresentou uma média alta de tempo de diagnóstico, (>9 anos), sugerindo que este aspecto possa ser mais uma variável que auxilie na capacidade de enfrentamento, pela maturidade e diversificação de experiências. Interian et al. (2010) apontaram que o tempo e a continuidade do tratamento podem alterar a forma de lidar com o estigma e seu enfrentamento. Um ponto a destacar também se refere ao incomodo de manter o segredo. O receio de ser descoberto, a preocupação, ansiedade, bem como uma tendência a isolar-se para evitar riscos, tornam-se elementos presentes no cotidiano, muitas vezes, induzindo a pessoa a revelar seu transtorno e tratamento. O importante

é entender como essa revelação pode ser feita, de que maneira seria a mais adequada para cada um (Pachankis, 2007).

Por outro lado, apesar do grupo Bipolar não ter apresentado mudanças no número de sujeitos sobre a decisão de revelar em T1, temos que o número total já era significativo (T0) (21/30 sujeitos) e quando observamos o grupo intervenção Bipolar 12/15 sujeitos já haviam revelado sobre o transtorno mental. Nesse grupo, especificamente, as discussões sobre o tema revelar foram embasadas em situações de vivência de “crises”, principalmente de mania, ocorrendo muitas vezes no próprio trabalho ou em eventos sociais, criando a necessidade de ser tratado o tema nesses ambientes, bem como na família e, muitas vezes, entre amigos. Michalak et al. (2011), em seu estudo, apresentaram relatos de pacientes com transtorno Bipolar destacando experiêncais sobre o ato de revelar sobre o transtorno mental. Os autores defendem a importância de poder revelar de forma criteriosa, escolhendo para quem, quando e onde. Aliás este é um ponto sensível do HOP que põe em discussão este aspecto, considerando que não há formas prontas. No entanto, a revelação “forçada” também foi apresentada como uma realidade nesse grupo de pacientes. Ao exporem um momento de crise da doença em ambiente público, torna-se inevitável colocar em discussão o ocorrido. Num primeiro momento, tratar o tema ao retomar os contatos, pode ser devastador, mas alguns dos sujeitos do estudo puderam identificar o alivio de não precisarem mais esconder esta situação. No nosso estudo este tipo de revelação ocorreu com vários sujeitos. Na faculdade, trabalho, festa. Num primeiro momento vem o relato de certa vergonha de ter se exposto de forma incontrolável, inadequada. Mas, de modo geral, a maioria relatou que foi possível reverter a situação, podendo continuar a frequentar os espaços sem que isto trouxesse distanciamento ou maiores dificuldades.

De qualquer forma a proposta de discutir sobre os benefícios e custos da revelação aponta para um passo importante. Corrigan e Shapiro (2010) e Corrigan et al. (2013a), destacam os benefícios entre se identificar com o grupo e poder revelar sobre seu transtorno e tratamento, referindo ser um fator

protetivo contra os efeitos do autoestigma na qualidade de vida, podendo aumentar um senso de fortalecimento pessoal, melhorando o bem-estar. Os resultados apontados pelo item revelar (Tabela 6 e 7) no grupo intervenção considerando os tempos T0 e T1 (bip 32/33 vs dep 30/32), corroboraram com este aspecto reiterando que HOP pode ser identificado como um programa que estimule, mais do que a decisão entre falar ou não sobre seu transtorno, uma discussão sobre quando revelar sobre o transtorno mental pode trazer benefícios ou prejuízos, além de apontar formas de enfrentamento. Esse aspecto é discutido no artigo de Greene et al. (2006), que destacam que a tomada de decisão sobre revelar ou não o tratamento, deve considerar o momento e ambiente, reconhecendo que, por vezes, não divulgar pode ser uma forma favorável.

Até aqui pudemos identificar que pacientes com transtorno de humor, principalmente pacientes com depressão, demonstraram melhoras quanto ao estresse por estigma, em ambas intervenções. Entretanto, houve indícios que o programa HOP aponte resultados benéficos, principalmente com pacientes com Depressão, melhorando a forma de enfrentar o estigma, sugerindo melhoras no nível de estresse, com menos sigilo e isolamento. Identificamos também que a maioria já havia decidido revelar sobre seu transtorno e tratamento. Neste sentido, como estariam os aspectos relacionados a auto estigma, auto estima e autenticidade?

8.3 Grupo intervenção e grupo controle: o autoestigma, um fator importante para lidar com o estigma – ISMI (Inventario de doença mental sobre estigma internalizado)

O estigma público da doença mental, como já referido, tende a conceber os portadores de transtorno mental como pessoas a serem temidas, irresponsáveis e que precisam ser tuteladas (Corrigan; Watson, 2002). São apresentados estereótipos (crenças negativas sobre um grupo), preconceito (concordância com crenças estereotipadas ou reações emocionais negativas, como medo ou raiva, ou ambos) e discriminação (consequência comportamental do preconceito, como exclusão de oportunidades sociais e

econômicas), trazendo como consequência o estigma internalizado, que se configura quando a pessoa aceita a crença desacreditadora (estereótipos) mantida contra ela, concordando com o preconceito, afetando a autoestima e a autoeficácia (Corrigan et al., 2013a,b).

Assim, autoestigma, ou estigma internalizado, é um processo subjetivo de percepção sobre desvalorização e sentimento de marginalização que tende a afetar a autoestima e promover angustia na pessoa, associando-se a resultados negativos, como tendência ao isolamento social, sigilo sobre o transtorno e muitas vezes, como vimos, o estigma toma forma de ameaça, gerando estresse que pode exceder os recursos de enfrentamento. Brohan et al. (2010b) e Mak e Cheung (2010), destacam que o estigma internalizado apresenta aspectos cognitivos (como pensamento autodestruticos, indferioridade, incopeteência), afetivos (considerando sentimentos de desânimo, tristeza, vergonha, raiva etc.) e comportamentais (autodegradação, auto-isolamento, retraimento social, evasão social, etc.), como forma de responder ao estigma percebido ou vivenciado.

Nosso estudo, como efeito secundário, buscou entender se a intervenção HOP poderia trazer benefícios referentes ao autoestigma, autoestima, autenticidade, entre outros.

Para registrarmos os possíveis efeitos do HOP e da Psicoeducação referente a autoestigma, utilizamos a escala ISMI, que é bastante usada em várias pesquisas e adaptada para nosso país (Soares et al., 2015; Corrigan et al., 2013b). Mittal et al. (2012) referem que a ISMI se apresenta como uma escala que aponta melhorias significativas com mais frequência, sugerindo ser um instrumento mais sensível a mudanças no autoestigma.

ISMI BR, escala já apresentada anteriormente, tem a proposta de identificar a presença de estigma internalizado a partir de 5 eixos: Alienação; Endosso de Estereótipo; Discriminação Percebida; Retraimento social e resistência ao estigma. Cada eixo revela pontos mais ou menos presentes que somados nos oferecem indícios da presença do estigma internalizado, sendo codificados

entre 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). Sendo a soma parcial e total (29 a 116). Neste estudo utilizamos tanto os valores das somas das questões por subtema e total, bem como o valor médio de intervalo 2.5 (conforme explicado na descrição do instrumento). Destacamos que, considerando o valor médio temos as seguintes considerações: menos de 2 (estigma mínimo); 2,1-2,5 (estigma baixo), 2,6 – 3,0 (estigma moderado) e mais de 3,1 (alto estigma) (Brohan et al., 2010a, 2011; Ritsher et al., 2003; Ritsher, Phelan, 2004; Lysaker et al., 2007)

Tabela 8 - ISMI - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração (valores de soma bruta)

variavel	Diagnóstico	Tratamento	Tempo	N	Média	DP	Min	Max
ISMI.alienação	Bipolar	Controle	T0	15	13,3	4,6	6	24
			T1	15	12,3	4,3	6	20
			T2	12	12,1	3,2	7	18
		Intervenção	T0	15	14,1	4,2	6	22
			T1	15	12,3	3,0	7	19
			T2	12	13,3	2,2	11	19
	Depressão	Controle	T0	16	15,7	4,3	6	21
			T1	16	14,7	3,2	10	21
			T2	10	14,2	2,7	10	18
		Intervenção	T0	15	16,8	3,0	12	22
			T1	15	15,5	3,4	11	24
			T2	14	15,3	2,7	11	21
ISMI.esterotipo	Bipolar	Controle	T0	15	11,9	2,3	7	15
			T1	15	12,3	2,9	7	18
			T2	12	12,8	2,7	9	17
		Intervenção	T0	15	12,1	3,1	7	19
			T1	15	12,6	3,6	7	18
			T2	12	12,8	3,4	8	19
	Depressão	Controle	T0	16	14,1	3,7	8	20
			T1	16	14,2	2,7	9	19
			T2	10	13,3	2,6	9	18
		Intervenção	T0	15	16,1	2,9	12	22
			T1	15	14,5	1,9	11	17
			T2	14	14,6	2,4	11	18
ISMI.discriminação	Bipolar	Controle	T0	15	11,1	2,4	6	14
			T1	15	10,5	3,0	5	15
			T2	12	10,9	3,5	5	17
		Intervenção	T0	15	10,9	3,4	6	18
			T1	15	10,9	2,3	7	16
			T2	12	12,1	2,6	9	17
	Depressão	Controle	T0	16	11,1	3,1	5	16
			T1	16	11,2	2,4	5	14
			T2	10	10,8	3,1	5	15
		Intervenção	T0	15	12,3	2,4	8	16
			T1	15	11,7	2,8	6	19
			T2	14	11,6	2,8	7	19
ISMI.ev.social	Bipolar	Controle	T0	15	12,3	3,8	6	19
			T1	15	11,0	3,1	6	16
			T2	12	10,8	3,1	7	18
		Intervenção	T0	15	13,1	4,6	7	22
			T1	15	11,3	2,9	7	17
			T2	12	12,2	2,7	6	15
	Depressão	Controle	T0	16	13,9	4,5	6	22
			T1	16	13,1	3,0	6	17
			T2	10	12,6	2,8	8	16
		Intervenção	T0	15	15,6	4,0	8	22
			T1	15	14,7	3,8	7	21
			T2	14	14,5	3,0	9	20
ISMI.resist.estigma	Bipolar	Controle	T0	15	10,7	2,8	6	15
			T1	15	11,1	2,3	6	14
			T2	12	11,2	2,4	7	14
		Intervenção	T0	15	9,5	2,1	7	13
			T1	15	9,9	2,2	5	13
			T2	12	11,2	3,0	6	18
	Depressão	Controle	T0	16	13,9	2,1	11	17
			T1	16	13,1	2,1	11	19
			T2	10	14,0	2,2	11	19
		Intervenção	T0	15	12,4	1,4	10	15
			T1	15	13,5	1,2	11	15
			T2	14	12,9	1,3	11	15
ISMI.total	Bipolar	Controle	T0	15	59,4	12,2	32	82
			T1	15	57,2	12,0	41	80
			T2	12	57,8	11,1	39	79
		Intervenção	T0	15	59,7	15,0	41	91
			T1	15	57,0	10,8	45	80
			T2	12	61,6	9,4	52	79
	Depressão	Controle	T0	16	68,7	12,9	42	87
			T1	16	66,4	9,2	45	76
			T2	10	64,9	9,0	47	74
		Intervenção	T0	15	73,2	10,2	57	89
			T1	15	69,9	9,3	57	93
			T2	14	68,9	8,2	57	86

Tabela 9 - ISMI Total - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração - Ponto médio de intervalo (2.5)

variavel	Diagnóstico	Tratamento	Tempo	N	Média	DP	Min	Max
ISMI.alienação	Bipolar	Controle	T0	15	2,19	0,76	1	4
			T1	15	2,03	0,73	1	3,3
			T2	12	1,98	0,54	1,1	3
		Intervenção	T0	15	2,32	0,69	1	3,6
			T1	15	2,04	0,48	1,1	3,1
			T2	12	2,19	0,37	1,8	3,1
	Depressão	Controle	T0	16	2,59	0,71	1	3,5
			T1	16	2,41	0,55	1,6	3,5
			T2	10	2,33	0,45	1,6	3
		Intervenção	T0	15	2,77	0,49	2	3,6
			T1	15	2,55	0,57	1,8	4
			T2	14	2,52	0,47	1,8	3,5
ISMI.esterotipo	Bipolar	Controle	T0	15	1,66	0,33	1	2,1
			T1	15	1,73	0,41	1	2,5
			T2	12	1,79	0,39	1,2	2,4
		Intervenção	T0	15	1,69	0,45	1	2,7
			T1	15	1,75	0,51	1	2,5
			T2	12	1,78	0,49	1,1	2,7
	Depressão	Controle	T0	16	1,96	0,52	1,1	2,8
			T1	16	2,00	0,39	1,2	2,7
			T2	10	1,85	0,38	1,2	2,5
		Intervenção	T0	15	2,25	0,42	1,7	3,1
			T1	15	2,02	0,26	1,5	2,4
			T2	14	2,06	0,33	1,5	2,5
ISMI.discriminação	Bipolar	Controle	T0	15	2,23	0,48	1,2	2,8
			T1	15	2,09	0,59	1	3
			T2	12	2,18	0,69	1	3,4
		Intervenção	T0	15	2,17	0,68	1,2	3,6
			T1	15	2,17	0,47	1,4	3,2
			T2	12	2,42	0,52	1,8	3,4
	Depressão	Controle	T0	16	2,22	0,62	1	3,2
			T1	16	2,25	0,48	1	2,8
			T2	10	2,16	0,62	1	3
		Intervenção	T0	15	2,47	0,49	1,6	3,2
			T1	15	2,35	0,56	1,2	3,8
			T2	14	2,31	0,56	1,4	3,8
ISMI.ev.social	Bipolar	Controle	T0	15	2,06	0,64	1	3,17
			T1	15	1,83	0,52	1	2,67
			T2	12	1,79	0,52	1,17	3
		Intervenção	T0	15	2,18	0,76	1,17	3,67
			T1	15	1,88	0,48	1,17	2,83
			T2	12	2,03	0,44	1	2,5
	Depressão	Controle	T0	16	2,31	0,76	1	3,67
			T1	16	2,18	0,50	1	2,83
			T2	10	2,10	0,47	1,33	2,67
		Intervenção	T0	15	2,60	0,67	1,33	3,67
			T1	15	2,46	0,63	1,17	3,5
			T2	14	2,42	0,50	1,5	3,33
ISMI.resist.estigma	Bipolar	Controle	T0	15	2,15	0,57	1,2	3
			T1	15	2,21	0,46	1,2	2,8
			T2	12	2,25	0,48	1,4	2,8
		Intervenção	T0	15	1,91	0,41	1,4	2,6
			T1	15	1,99	0,44	1	2,6
			T2	12	2,23	0,60	1,2	3,6
	Depressão	Controle	T0	16	2,79	0,41	2,2	3,4
			T1	16	2,62	0,42	2,2	3,8
			T2	10	2,80	0,43	2,2	3,8
		Intervenção	T0	15	2,48	0,28	2	3
			T1	15	2,69	0,24	2,2	3
			T2	14	2,59	0,25	2,2	3
ISMI.total	Bipolar	Controle	T0	15	2,01	0,44	1,1	2,8
			T1	15	1,89	0,48	1,1	2,8
			T2	12	1,92	0,42	1,3	2,8
		Intervenção	T0	15	2,06	0,57	1,3	3,3
			T1	15	1,87	0,46	1,1	2,8
			T2	12	2,08	0,36	1,5	2,8
	Depressão	Controle	T0	16	2,25	0,56	1,3	3
			T1	16	2,19	0,42	1,2	2,7
			T2	10	2,09	0,42	1,3	2,5
		Intervenção	T0	15	2,50	0,43	1,8	3,1
			T1	15	2,33	0,40	1,8	3,3
			T2	14	2,31	0,38	1,8	3,1

Tabela 10 - ISMI - análise de variância do modelo de efeitos mistos

ISMI alienação	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1111,2156	1	< 0.001
Diagnóstico	8,4392	1	0,004
Tratamento	0,6191	1	0,431
Tempo	17,538	2	< 0.001
Diagnóstico:Tratamento	0,0231	1	0,879
Diagnóstico:Tempo	0,6301	2	0,730
Tratamento:Tempo	0,4638	2	0,793
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,6273	2	0,731

ISMI aprov esteriotipo	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1555,3561	1	< 0.001
Diagnóstico	10,0122	1	0,002
Tratamento	0,5033	1	0,478
Tempo	1,0025	2	0,606
Diagnóstico:Tratamento	0,1979	1	0,656
Diagnóstico:Tempo	6,7026	2	0,035
Tratamento:Tempo	3,6057	2	0,165
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	3,0673	2	0,216

ISMI percep discriminação	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1203,4646	1	< 0.001
Diagnóstico	0,4609	1	0,497
Tratamento	0,6585	1	0,417
Tempo	1,5892	2	0,452
Diagnóstico:Tratamento	0,1104	1	0,740
Diagnóstico:Tempo	3,8964	2	0,143
Tratamento:Tempo	0,1772	2	0,915
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	2,7922	2	0,248

ISMI ev. Social	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1053,9641	1	< 0.001
Diagnóstico	8,0248	1	0,005
Tratamento	1,661	1	0,197
Tempo	9,641	2	0,008
Diagnóstico:Tratamento	0,2045	1	0,651
Diagnóstico:Tempo	1,0491	2	0,592
Tratamento:Tempo	0,167	2	0,920
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,8628	2	0,650

ISMI resist estigma	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	2752,5921	1	< 0.001
Diagnóstico	31,913	1	< 0.001
Tratamento	2,2809	1	0,131
Tempo	5,5402	2	0,063
Diagnóstico:Tratamento	0,0461	1	0,830
Diagnóstico:Tempo	3,9561	2	0,138
Tratamento:Tempo	4,4646	2	0,107
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	3,948	2	0,139

ISMI total	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1569,9217	1	< 0.001
Diagnóstico	8,7643	1	0,003
Tratamento	0,8088	1	0,368
Tempo	11,6971	2	0,003
Diagnóstico:Tratamento	0,2912	1	0,589
Diagnóstico:Tempo	2,8531	2	0,240
Tratamento:Tempo	1,4169	2	0,492
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	1,4355	2	0,488

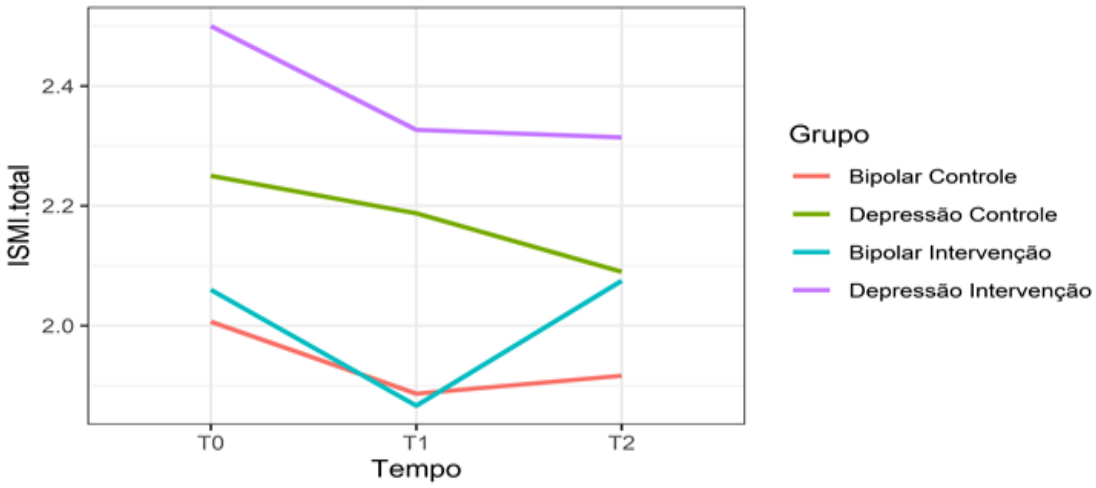


Gráfico 3 – ISMI Total – Gráfico de Interação do resultado final ISMI entre grupos e tempo

Nas Tabelas 8 e 9 vemos as pontuações referentes a diagnóstico (bipolar/depressão), tratamento (intervenção /controle) e tempo (T0,T1,T2) e na Tabela 10 valores de significação.

Observando os **valores da escala total** temos resultados de médias maiores do grupo Depressão em T0 (Cont -68,7- 2,25/Interv -73,2- 2,50) em detrimento do grupo Bipolar em T0 (Cont -59,4- 2,01/Interv -59,7- 2,06), que se mantiveram maiores ao longo do estudo. Levantamos a hipótese que pacientes do grupo Depressão (cont- 2,25/2,19/2,09 vs int- 2,50/2,33/2,31) demonstraram uma tendência a apresentar mais estigma internalizado sobre transtorno mental do que os pacientes do grupo Bipolar (cont- 2,01/1,89/1,92 vs int- 2,06/1,87/2,08), que se sustentou ao longo do estudo, mesmo diminuindo seus valores. Foi possível perceber que os tratamentos (HOP e Psicoeducativo) apontaram para uma melhora, pois as médias diminuíram para todos os pacientes ao longo do tempo (Gráfico 3).

Manos et al. (2009) referem que pacientes com depressão tendem a isolar-se, exacerbando comportamentos evitativos. Em seu trabalho apresentam a hipótese que o autoestigma da depressão desempenha um papel importante na exacerbação de comportamentos de evitação no contexto de sintomas depressivos.

Como já havíamos identificado o grupo Depressão apresentou maior estresse de estigma, o que sugere que neste grupo houve maior capacidade perceptiva do estigma, mas também maior presença de estigma internalizado. Pyne et al. (2004), Yen et al. (2005a,b) e Holubova et al. (2016) identificaram que o estigma internalizado no grupo de pacientes com depressão apontaram que a depressão mais grave parece associar-se a maior estigma internalizado e a maior isolamento.

Em outro estudo, Barney et al. (2006) discutiram a demora na busca de tratamento de pacientes com transtorno depressivo e identificaram que tal demora foi agravada pelo estigma internalizado e o percebido. A demora estaria associada a ideia de fraqueza e incompetência.

Brohan et al. (2011), ao estudar pacientes com diagnóstico de depressão e transtorno bipolar em 13 países da Europa, identificaram que os índices de estigma internalizado dos pacientes depressivos são maiores que o grupo bipolar, indo ao encontro do nosso ensaio.

Shimotsu e Horikawa (2016) com objetivo de estudar sobre a influência do estigma internalizado na autoestima e depressão, identificou a prevalência do estigma internalizado em pacientes com depressão e destacou a importância de intervenções que possam amenizar este ciclo. Neste estudo refere que os esquemas cognitivos (crenças negativas, pensamentos negativos) influenciam o estigma internalizado e este afeta a depressão e a autoestima.

No entanto, alguns estudos apontam resultados diversos do nosso, demonstrando que pacientes com transtorno bipolar apresentam maiores índices de estigma internalizado (Ellison et al., 2013; Chang et al., 2016) quando comparado a um grupo de pacientes com depressão, entre outros. Estes estudos apontam que o grupo de pacientes bipolar tem resultados próximos ao grupo de esquizofrenia, seja em valores de estigma internalizado, bem com estigma público.

Hawke et al. (2013), em revisão sobre estudos de estigma em pacientes bipolares, apontam que há resultados sobre o estigma internalizado ser maior em sujeitos com transtorno bipolar, mas também destaca que há certa controvérsia, pois, outros estudos, (Brohan et al., 2011) referem resultados opostos. Kim et al. (2015), também obtém resultados que mostram pacientes com transtorno mental com índices de estigma internalizado leve, incluindo pacientes com transtorno bipolar. Ainda não podemos determinar as causas e a extensão destes resultados, mas podemos perceber pelos estudos feitos que há fortes indícios que os transtornos mentais carregam dispositivos de estigmas e que os pacientes com transtornos de humor também são atingidos por estas crenças negativas.

Gilkes et al. (2018), na tentativa de entender sobre preditores referentes ao estigma em pacientes com transtorno bipolar, destacam que o estigma internalizado está positivamente relacionado ao grau de depressão. Outros estudos também apontam esse aspecto (Cerit et al., 2012; Kanter et al., 2008), mostrando que a depressão é um preditor importante para a presença do estigma internalizado.

Podemos pensar que no nosso estudo os sintomas de depressão do grupo Bipolar, mesmo do grupo Depressão, não se mostraram presentes de forma significativa. Inclusive, destacamos que a forma que o grupo foi formado, através de busca ativa, demonstraram que o aceite se deu pelo fato de os pacientes referirem interesse e disposição, o que sugere menor grau do transtorno mental, além do fato que as buscas a prontuários médicos tiveram como referencia pacientes que não apresentassem sintomas/queixas de humor atuais, reforçando uma condição de humor eutímico.

Há um ponto a se considerar, Drapalski et al. (2013) e Karidi et al. (2015), com a proposta de investigar a prevalência de estigma internalizado em doença mental grave, avaliaram pacientes com esquizofrenia, e transtorno de humor. Os resultados dos estudos demonstraram que a maioria possui valores baixos de estigma internalizado e que valores mais altos estavam associados a gravidade do transtorno. Os autores consideram que, de modo

geral, os pacientes bipolares apresentam uma autoimagem mais positiva à medida que melhoram seu funcionamento geral. De qualquer forma, os autores destacam que mesmo os valores apontando índices menores de estigma internalizado, este pode ser prejudicial, sendo necessário atenção e reconhecimento do sofrimento e tratamento. Ao observarmos a Tabela 9 onde os valores apresentados se referem ao valor médio, temos índices, na sua maioria, até 2.5 em T0 (bip – 2.0/2.0 vs dep. – 2.2/2.5). Reconhecemos que mesmo os valores demonstrando que estes sujeitos não apresentavam, em média, um nível de autoestigma alto, as questões sobre o sofrimento e reconhecimento do preconceito e de como lidar com eles eram relevantes. Alguns destes relatos traziam dúvidas sobre “se vale a pena tentar”, nos remetendo a questão importante discutida por Corrigan e Rao (2012), Corrigan et al. (2009) sobre “por que tentar?”, que retrata a baixa autoestima e a presença do autoestigma colocando em dúvida os interesses e desejos do paciente frente as dificuldades na luta em relação ao transtorno e ao preconceito.

Cabe destacar os estudos relacionados ao programa HOP e os resultados referentes ao estigma internalizado. O primeiro estudo publicado foi de Rüsch et al. (2014) com grupo de pacientes com transtornos mentais, com prevalência de esquizofrenia, utilizando como medida de estigma internalizado o ISMI; nesse estudo o programa ainda tinha o nome de Coming Out Proud (COP) e o objetivo era identificar os benefícios do programa frente ao dilema sobre revelar o transtorno, conforme já discutido acima, bem como entender se teria efeitos sobre o autoestigma. Observou-se que os resultados não foram positivos quanto a redução de autoestigma, mas os autores referem que o número pequeno de sessões pode ter efeito terapêutico pequeno para obter mudanças rápidas nesses domínios.

Em outro estudo, Corrigan et al. (2015) trata sobre as “etapas” do autoestigma, destacando os quatro níveis de efeitos que seriam progressivamente prejudiciais na pessoa (Corrigan et al., 2011b; Corrigan, Rao, 2012). “A pessoa está ciente dos estereótipos sobre doença mental? A

pessoa concorda com os estereótipos? A pessoa aplica esses estereótipos a si mesma? A aplicação leva a danos; por exemplo, a pessoa experimenta autoestima diminuída”. Em um segundo ensaio clinico os autores destacam que os efeitos do HOP teria efeitos nos estágios mais prejudiciais do estigma internalizado (concordar com o estereótipo e aplica-lo a si mesmo). Utilizando outro instrumento de avaliação do estigma internalizado que considera estes 4 níveis, obteve como resultado uma melhora significativa nos estágios mais prejudiciais do autoestigma, identificando o HOP como um programa importante no auxílio quanto diminuir os estresses do estigma, bem como intervir nas etapas referentes a concordância e aplicação do preconceito para si.

Dando inicio a estudos com grupos mais homogênios, Mulfinger et al. (2018) propõe um grupo especifico de adolescentes que iniciaram tratamento psiquiátrico, em regime de internação. O objetivo era identificar os efeitos referentes ao dilema sobre revelar ou não o tratamento e qualidade de vida. Os autores destacaram a importância de investigar grupos mais específicos, considerando um formato mais especifico para essa população. Foram feitas algumas adaptações (principalmente considerar as redes sociais nas discussões), mas sem modificar os temas gerais do programa. Neste estudo entre os instrumentos utilizados, a escala ISMI foi eleita como medida do estigma internalizado. Os resultados apresentados demonstaram efeitos significativos do HOP no autoestigma, se mantendo durante o acompanhamento. De modo geral, houveram melhoras também nas atitudes de revelação, qualidade de vida e revelação/sigilo, que se manteve ao longo do estudo.

Conley et al. (2020), em um novo ensaio com jovens universitários, utilizaram o programa HOP, como forma de ampliar a discussão do tema sobre revelar ou não e os aspectos relacionados a sofrimento psíquico. Considerando que o ambiente estudantil comporta um grande número de jovens com queixas de depressão, ansiedade, entre outros e pouco procura de ajuda real em saúde mental, identificou-se a necessidade de sensibilizar

esse grupo, questionando o estigma como um elemento coadjuvante no adiamento de tratamento. O recrutamento foi feito a partir da questão “você se identifica como portador de uma doença mental ou com problema de saúde mental?”. O programa sofreu algumas mudanças, especificamente a inclusão de novas vinhetas, bem como uma seção dedicada a divulgação nas redes sociais. Os resultados apontaram para diminuição dos níveis de autoestigma ao longo das intervenções, conforme os estudos anteriores (Corrigan et al., 2015; Mulfinger et al., 2018).

Estes estudos com o progrma HOP tem demonstrado bons resultados, permitindo avanços com grupos mais espeficicos, o que pode vir a promover ações que promovam a diminuição de efeitos deletérios quanto as experiências com o preconceito.

Entretanto, nosso estudo, ao promover intervenção no grupo controle (Psicoeducativo), obteve defechos que merecem algumas considerações. Os resultados apresentados apontaram tendência a diminuição das médias ao longo do tempo. Mesmo considerando a discussão acima sobre os valores não terem apontado para a presença significativa de autoestigma, as ações do grupo controle deram indícios que atividades psicoeducativas podem contribuir para melhora do autoestigma. Considerando que ao longo das sessões em que a proposta era, a partir dos temas, relatar sobre suas relações e experiências quanto ao transtorno mental e seu tratamento, o compartilhamento das histórias com a doença e suas dificuldades, bem como maneiras de enfrenta-las, pôde auxiliar no reconhecimento dos conflitos, permitindo uma identificação diante do transtorno mental. Não esqueçamos que boa parte dos sujeitos não tinham experimentado atividades dialogadas, principalmente com a psicologia, o que pode ter influenciado uma melhora, já que estavam pela primeira vez, tratando do tema com seus pares e um psicólogo. Além disso, o longo percurso de tratamento lidando com a doença e suas intercorrências, pode ter contribuído para o enfrentamento do estigma de modo geral, permitindo que esses encontros construíssem um certo arranjo e identificação com os pares.

Considerando as subescalas, destacamos alguns aspectos relevantes.

Conforme pudemos observar os resultados em **alienação** demonstraram evidências de que as médias dos valores diminuiram ao longo do tempo da mesma maneira para os diagnósticos e tratamentos (Bip- cont 2,19/2,04/1,98 vs int. 2,32/2,04/2,19 Dep -cont 2,59/2,41/2,33 vs int 2,77/2,55/2,52), sugerindo que ambas atividades (HOP e psicoeducativo) oferecem possibilidades de melhora a todos os sujeitos do estudo. Destacamos que no grupo bipolar (no T0 e T1) houve uma mudança de faixa em ambos grupos (baixo para mínimo), e no grupo depressão identificamos mudança de faixa no grupo intervenção (moderado para baixo).

Ao mesmo tempo, observou-se que o grupo Depressão apresentou índices maiores. Curiosamente, os valores se mantiveram maiores que o grupo Bipolar ao longo do tempo, o que sugere que mesmo as médias tendendo a abaixar ao longo do estudo, ainda os valores mantiveram diferença entre o grupo Depressão e Bipolar, apontando que o grupo Depressão tem tendência maior a autodepreciação, sentimentos negativos e culpa (Gabbard, 2016). Este resultado também foi observado em outros estudos que relataram a alienação como um aspecto relevante entre grupo Depressão. Brohan et al. (2011) e Chang et al. (2016) apresentaram resultados parecidos, referindo ser a subescala alienação com tendência a maior pontuação, quando comparado a pacientes com transtorno bipolar e esquizofrenia. Ritsher e Phelan (2004) ao estudar o ISMI em pacientes com transtorno mental grave, identificaram que o recurso usado, para lidar com o estigma internalizado foi a alienação. Relataram que a alienação apontou para uma forma do paciente sentir-se diferente e separado dos outros, (Link; Phelan, 2001), o que sugere ser um componente no processo de estigmatização que atua através do indivíduo estigmatizado. Sendo este um aspecto importante no processo de estigma, destacamos a relevância de intervenções que possam criar vias alternativas para a melhora deste ciclo. Assim, nosso estudo mostrou certo alento, ao perceber que este sentimento de inferioridade parece ser sensível às intervenções dialogadas. Corrigan et

al. (2013b) apontam para estudos que, com ênfase na construção de uma história pessoalmente significativa, tendem a diminuir os efeitos estigmatizantes, auxiliando na criação de ressignificados. Apesar dos modelos interventivos terem sido curtos, o estimulo a falarem sobre si, contarem sobre suas dificuldades e sua forma de entender como é “ter um transtorno mental”, foi algo que percorreu, mesmo que de forma diferente, os dois grupos (intervenção e controle). Vale ressaltar que outros estudos apontam que pacientes com transtorno depressivo apresentam boa percepção (insight) sobre seu transtorno e necessidade de tratamento (Yen et al., 2005a,b; Ghaemi et al., 2000), o que pode ter influenciado nos resultados, já que estariam “desejosos” de um espaço para tratar sua angustia, apesar de apontarem mais sofrimento.

Em **aprovação de estereótipos** (Tabela 8 e 9), temos os valores do grupo Bipolar e Depressão (bip cont- 1,66/1,73/1,79 e int- 1,69/1,75/1,78 vs dep con- 1,96/2,0/1,85 e int- 2,25/2,02/2,06). Destacamos que o grupo Depressão apresentou valores mais altos que tenderam a queda considerável ao longo do tempo para todos os sujeitos (cont- 1,96/2,0/1,85 vs int- 2,25/2,02/2,06). Ao considerarmos o exposto sobre as características do grupo Depressão quanto ao reconhecimento do seu transtorno e da necessidade de tratamento, estes resultados se mostram complementares, já que foi possível, num primeiro momento, perceber o preconceito e estereótipo tratado socialmente, mas também foi possível, a partir das intervenções, minimizar seus efeitos. Pyne et al. (2004) e Naushad et al. (2018) identificaram que pacientes com depressão apresentaram maior valor de estigma percebido, conforme observamos na Tabela 8 em T0 (Cont- 1,96 vs Int -2,25), entretanto, a diminuição desta aprovação pode estar ligada ao espaço de diálogo, em que foi possível tratar de forma direta (grupo intervenção) e indireta (grupo controle) assuntos pertinentes sobre suas relações com o tratamento, recuperando experiências positivas, bem como trocas de “soluções”. Além disto, destacamos que no grupo Intervenção (HOP) com os pacientes deprimidos, os valores apresentados em T0 (2,25) foi maior e a redução deste valor também foi maior (cont- 1,96/2,0/1,85 vs int-

2,25/2,02/2,06 – mudança de faixa). Podemos sugerir uma tendência do grupo Depressão que sofreram a Intervenção (HOP) apontar indícios de melhores resultados. Lembramos que o grupo Depressão, também foi o grupo que apresentou benefícios com diminuição do estresse com o estigma (Tabelas 4 e 5), o que corrobora com a possibilidade de criar habilidade para lidar com os estereótipos.

Destacamos também os valores apresentados na subescala **evitação social** (Tabelas 8 e 9). Foi percebido que as médias diminuiram para todos os grupos ao longo do tempo (bip cont- 2,06/1,83/1,79 e int- 2,18/1,88/2,03 vs dep con- 2,31/2,18/2,10 e int- 2,60/2,46/2,42. Entretanto, o grupo Depressão em T0 (Cont.- 2,31/Int – 2,60) pontuou mais do que o grupo Bipolar em T0(cont- 2,06/int- 2,18), se mantendo ao longo do estudo, sugerindo que o grupo Depressão se utilizou de estratégias que promoveram o isolamento social. Estes resultados também estão presentes nos estudos de Chang et al. (2016) que apontaram que pessoas com depressão tendem sentir-se mais entristecidas e que este fato pode levar a perda da motivação para se envolver em atividades sociais. Mesmo sendo um grupo de pacientes que se apresentavam estáveis emocionalmente, acompanhados ambulatorialmente e seguindo o tratamento, a condição de entristecimento pode ser uma forma constante de “estar e lidar com o mundo”. A condição estimulante do grupo, onde discutiram formas pessoais de pensar as relações e as dificuldades e possíveis saídas, pode ser um organizador que coloque em movimento outras formas que não apenas o distanciamento. Cabe ressaltar que as ações delineadas nesse estudo vislumbraram respostas mais pontuais, ou seja, a estigmatização social ainda se mantem vigente e talvez para o grupo Dperessão a intervenção mereça alguns outros aspectos que viabilizem outros focos, além da divulgação.

A Resistencia ao estigma tem como função nesta escala entender se existe alguma resistência em ser afetado pelo estigma internalizado. O próprio autor e outros estudiosos referem que esta subescala não deve ser contada dentro da somatória, sendo entendida como elemento a parte. Seus valores

são invertidos, mantendo a ideia de que quanto maior o valor menor é a resistência ao estigma. Observamos que o grupo Depressão nos 3 tempos (Cont. -2,79/2,62/2,80 vs interv- 2,48/2,69/2,59- faixa de autiestigam baixo a moderado) pontuou mais do que o grupo Bipolar ao longo do estudo (Cont – 2,15/2,21/2,25 vs interv -1,91/1,99/2,23). Resistir ao estigma internalizado, supõe condições de reconhece-lo e ter habilidade para resistir. Os resultados apontaram que o grupo Depressão apresentou menor recurso para resistir ao estigma internalizado. Considerando o que discutimos até o momento sobre o grupo Depressão, apresentar menor resistência ao estigma parece reforçar a linha de maior sensibilidade a exposição ao estigma, não apresentando recursos próprios para responder de forma positiva. Podemos considerar que ao resistir, está em jogo atitudes mais positivas com a vida, mais disposição pessoal, aspecto menos presente no grupo Depressão. Quanto ao grupo Bipolar, Sarisoy et al. (2013) refere valores menores quando comparados ao grupo esquizofrenia, o que nosso estudo pareceu reforçar.

8.4 Grupo intervenção e grupo controle: a autoestima, uma referencia para o autoestigma- Escala de Autoestima de Rosenberg

Os estudos sobre a presença de autoestigma em pacientes com transtorno mental tem se mostrado como um marcador para entender carga da doença e quais seriam as barreiras para a recuperação. Isso por que inúmeros estudos apontaram a influência que esta condição tem sobre a autoestima, bem como a autoeficácia (Livingston; Boyd, 2010). Nosso estudo apresentou resultados que apontaram que o grupo Depressão, comparado ao grupo Bipolar, demonstrou maior percepção do preconceito social, sentimento subjetivo de menor recurso que os demais membros da sociedade e utilização de defesa o distanciamento social. De modo geral, a depressão apresenta-se como uma condição em que a percepção das relações afetivas é carregada de conflitos, exigências subjetivas que interferem na forma de olhar o mundo, indicando sensibilidade aos efeitos dos eventos estressantes da vida (Gabbard, 2016). Por outro lado, sabemos que o autoestigma é uma resposta ruim a percepção do estigma público, internalizando o preconceito como

fazendo parte da identidade da pessoa. Entretanto, Corrigan et al. (2006) referem que há um processo para podermos considerar o autoestigma. Num primeiro momento a pessoa está ciente do estigma público sobre sua condição com transtorno mental, depois há a concordância com esses estereótipos negativos, e posteriormente o momento de aplica-los a si mesmo. O autor refere que neste momento em que há aplicação para si, geralmente apresentam-se reduções da autoestima e autoeficácia. Alerta, porém, que estes efeitos perniciosos ocorrem quando todo esse processo “se conclui”. Assim, mesmo o grupo Depressão demonstrando maior sensibilidade frente as demandas sociais e relacionais, não observamos ações que denunciassem a aplicação do estigma público para si. Mas foi perceptível que este grupo tenha reconhecido a presença do estigma público, influenciando no estigma percebido. Somado a isso, como já discutido, os valores referentes ao valor médio (2.5), demonstraram níveis mais “brandos” quanto ao autoestigma. Reiteramos que não significa que não houvesse sofrimento referente ao estigma, mas que este não se apresentava de forma dominante os sujeitos deste estudo. Considerando o exposto, cabe entendermos os resultados apresentados pela escala de autoestima.

Tabela 11 - Rosen – Autoestima- distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração

Variável	Diagnóstico	Tratamento	Tempo	N	Média	DP	Min	Max
Rosen	Bipolar	Controle	T0	15	30,7	6,7	14	39
			T1	15	30,9	4,2	22	38
			T2	12	31,3	3,8	25	39
		Intervenção	T0	15	29,5	4,6	24	37
			T1	15	30,6	3,3	27	37
			T2	12	29,7	3,6	25	38
	Depressão	Controle	T0	16	27,8	2,5	24	34
			T1	16	27,1	2,1	23	31
			T2	11	22,9	8,9	0	29
		Intervenção	T0	15	26,7	2,0	22	29
			T1	15	26,5	1,8	22	29
			T2	14	26,8	2,3	24	31

Tabela 12 - Rosenberg – Escala Autoestima - análise de variância do modelo de efeitos mistos

Rosen auto estima	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	4998,3369	1	< 0.001
Diagnóstico	25,9237	1	< 0.001
Tratamento	0,0109	1	0,917
Tempo	3,4904	2	0,175
Diagnóstico:Tratamento	0,9767	1	0,323
Diagnóstico:Tempo	3,3801	2	0,185
Tratamento:Tempo	3,5746	2	0,167
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	4,3865	2	0,112

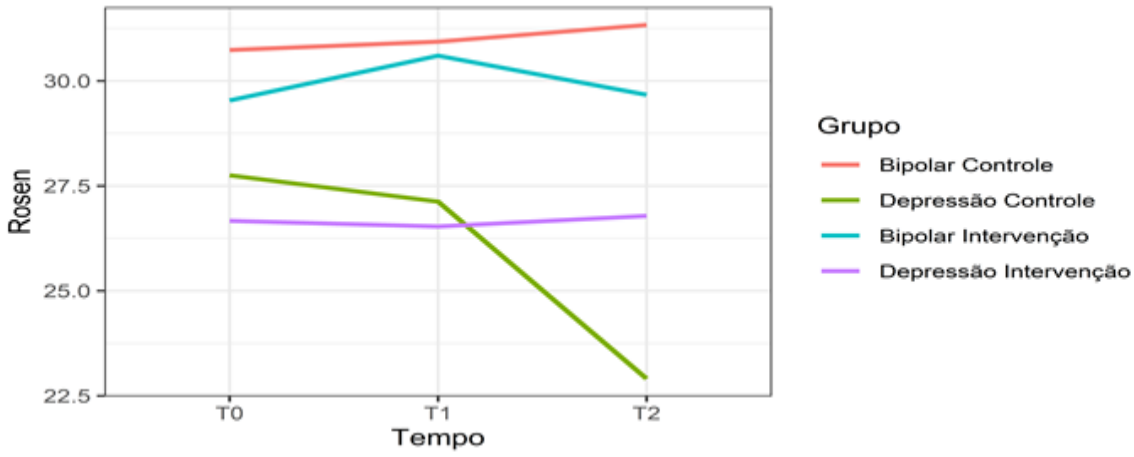


Gráfico 4 - Escala Autoestima – Gráfico de Interação do resultado da escala autoestima entre grupos e tempo

Conforme discutido o estigma internalizado tem influência na autoestima. Estimasse que as relações sejam invertidas, o que confere maior estigma internalizado menos autoestima. A escala de autoestima de Rosenberg (1965) é uma escala mundialmente utilizada para avaliar autoestima em inúmeras situações de saúde física e mental. No Brasil essa escala foi padronizada, nos auxiliando na confiança em lidar com seus resultados. Entretanto, é importante destacar que sua padronização mais recente foi feita em 2011 (Hutz; Zanon, 2011) e foi atualizada com uma

população de crianças até idade adulta de 30 anos, estudantes, mantendo sua validade de constructo.

Nas Tabelas 11 e 12 foi possível identificar que os pacientes do grupo Bipolar (cont- 30,7/30,9/31,3 vs int- 29,5/30,6/29,7) pontuaram mais do que o grupo Depressão (cont- 27,8/27,1/22,9 vs int- 26,7/26,5/26,8) em todo o estudo (Gráfico 4). Sabemos que esta escala refere que valores maiores dão indícios de melhor autoestima. Apontou que não houve alterações significativas ao longo do estudo, sugerindo que as atividades (HOP ou Psicoeducativo) parecem não apresentar recursos que possam interferir nesta variável, sugerindo ser uma característica do grupo Bipolar, quando comparado ao grupo Depressão. Karidi et al. (2015), destaca que pacientes com transtorno bipolar tendem a ter um escore de autoestima mais alto, o que parece ajudar a mover os efeitos deletérios do estigma e ter uma autoimagem positiva.

Uma das questões discutidas é que “a autoestima tende a ser estável ao longo do tempo e em diferentes contextos na vida adulta” (Hutz; Zanon, 2011). Por outro lado, estudos referem que a autoestima demanda o reconhecimento positivo por pares e outros considerados significativos, influenciando para uma alta autoestima (Hewitt, 2009). Outros estudos (Shimotsu, Horikawa, 2016; Corrigan et al., 2010) apontaram que o estigma internalizado é um grande influenciador que interfere na condição da autoestima, somado a presença de depressão. Em nosso estudo as médias de valores referentes ao estigma internalizado (Tabelas 8, 9 e 10), mostraram alterações significativas frente a intervenções dialogadas, principalmente no grupo Depressão (T0/T2 68.7/64.9 cont. vs T0/T2 73.2/68.9 interv.). Assim, considerando que o grupo Depressão, de modo geral, apresentou valores maiores de estigma internalizado (Tabela 9 - T0 - 2.25/2.50; Gráfico 3) era esperado a presença de valores menores de autoestima (T0 – 27.8/ 26.7; Gráfico 4), bem como com o grupo Bipolar (Tabela 9 - T0 - 2.01/2.06; Gráfico 3) que apontam valores de média menores de estigma internalizado, por consequência apresentaram valores maiores de autoestima (T0 – 30.7/ 29.5;

Gráfico 4). Até este ponto estamos de acordo com a literatura. Entretanto, os valores alterados do estigma internalizado ao longo do tempo não interferiram nas médias de autoestima apresentadas pelos grupos Depressão e Bipolar. Poderíamos pensar que ao haver uma melhora nos valores do estigma internalizado, estes exerceriam influência nas medias da autoestima.

Mas se considerarmos os dados trazidos pela meta análise realizada por Livingston e Boyd (2010) que identificaram que níveis especialmente elevados de autoestigma estão associados a uma baixa autoestima e a gravidade dos sintomas psiquiátricos, talvez possamos entender por que não houve, a princípio, alteração nas medias da autoestima. As medias apresentadas referentes ao estigma internalizado não apontaram para níveis elevados e sim demonstraram valores leves a moderados, sugerindo que a concordância com os pontos levantados pela escala ISMI- BR se dá em menos da metade dos itens (Tabela 9). Talvez este seja um ponto importante a ser considerado, identificando que o grupo Depressão apresenta índices um pouco menores de autoestima, em relação ao grupo Bipolar, mas não valores que demonstrem baixa autoestima.

Vários são os estudos que apresentaram um valor de estigma internalizado considerado leve a moderado (Kim et al., 2015; Sarisoy et al., 2013). Entretanto, discutem que mesmo valores menores de estigma internalizado se mostram relevantes, sendo importante intervenções que tratem educação sobre saúde mental, fortalecimento dos laços familiares, técnicas para responder à discriminação pública, entre outros (Corrigan, Rao, 2012; Tsang et al., 2016). Ao mesmo tempo, os valores referentes ao estigma internalizado, apesar de mostrarem mudanças, estas podem não ter sido significativas para influenciarem proporcionalmente nos aspectos da autoestima.

Um outro aspecto a destacar foram os valores apresentados em nosso estudo. Considerando que o valor da soma total tem indices entre 10 e 40 pontos, o grupo Depressão (média = 26) e o grupo Bipolar (média = 30) apresentaram resultados considerados dentro da média se utilizarmos como

referência o estudo feito por Hutz e Zanon (2011), em que estes resultados estariam em torno do percentil 80 a 90. Estariam os valores apresentados pelos nossos sujeitos próximos a certa estabilidade? Ritsher e Phelan (2004), destacaram que pacientes que apresentavam transtornos mentais graves tiveram resultados, na mesma escala apresentada por nós, com médias em torno de 14 a 17, pontuação bastante divergente da nossa.

Destarte esta primeira discussão, gostaríamos de considerar um outro ponto, destacando os resultados apontados, principalmente, pelo grupo Bipolar.

Major e O'Brien (2005), discutiram em seu estudo como o preconceito pode ser percebido e compreendido pelo indivíduo. Ao apresentar 3 formas de reação ao estresse do estigma (Figura 1), eles destacaram o papel do grupo, que ao “acolher” o sujeito, permite o reconhecimento e identificações sobre as dificuldades. O grupo passa a ser um elemento de grande contribuição para respostas frente ao estigma público, percebido e antecipado. Aqui, podemos entender que apesar de haver a percepção do preconceito, além da desvalorização apontada muitas vezes pela sociedade (e no grupo foram várias as vezes trazido relato de menosprezo pelos serviços realizados), a forma de se relacionar com o estigma pode estar ligada ao que Crocker e Major (1989) apontaram como medidas auto protetivas da autoestima. Eles destacam 3 medidas:

Atribuir os feedbacks negativos a associação de pertencer a um grupo desfavorecido, onde a pessoa estigmatizada entende as reações negativas como formas de preconceito (aspectos externos) e não como deficiência pessoal (aspectos internos). Assim, passam a perceber que muitas das ações e dificuldades pelas quais irão passar serão respostas sociais preconceituosas e não de sua (in)competência, permitindo que a autoestima se mantenha equilibrada, dando chances para criar formas de ações, movimentos de melhorias. Entretanto, os autores também alertam que o uso “indiscriminado” desta forma de entender as diferenças pode ser prejudicial, dificultando o sujeito no reconhecimento dos seus pontos fracos;

Propriedades de auto proteção de comparação de grupos, comparando-se com grupos também estigmatizados e evitando assim as comparações com grupos externos, concentrando-se em atividades e qualidades que não sejam estigmatizadas ingrupo;

Seletividade de valores, ou seja, desvalorizando de forma seletiva, ou considerando como menos importante para sua autodefinição aquelas dimensões de desempenho nas quais tem resultados ruins.

Qualitativamente foi possível identificar muitas destas medidas. Lembramos de uma paciente que trouxe experiências na faculdade quanto a sua decisão de revelar sobre sua condição para alguns colegas e como isso permitiu que ela “selecionasse” quem deveria se aproximar (cabe destacar que os “escolhidos” também “sofriam” algum tipo de preconceito), além de poder reconhecer suas potencialidades nos estudos e perceber o preconceito/discriminação, existente em seu entorno, considerando-o na sua forma de agir. Um outro exemplo, uma senhora que a partir dos encontros entendeu que ter um transtorno mental não seria um demérito para sua pessoa e decidiu contar para a vizinha, que sempre fazia comentários pejorativos sobre transtornos mentais, sobre o diagnóstico e tratamento. A partir desta conversa não se sentiu mais “atacada” pela fala da vizinha e nem permitiu que esta falasse de forma que a ofendesse, tratando a questão como reconhecimento que a vizinha é que era preconceituosa. Além disso, percebeu maior interesse em se aproximar de outras pessoas na vizinhança.

Estes pequenos recortes podem nos dar pistas que o encontro entre pares sugeriu um certo fortalecimento pelo reconhecimento de experiências semelhantes e com isso a oportunidade de utilizar formas de enfrentamento que não o sigilo, isolamento e culpa. Outro aspecto pode estar ligado ao fato da maioria dos sujeitos já terem revelado sobre o transtorno e tratamento, configurando menor preocupação com o outro e talvez certa autenticidade no trato pessoal.

8.5 Grupo intervenção e grupo controle: a autenticidade, transtorno mental e o estigma – Escala Autenticidade.

Consideramos pertinente avaliar autenticidade e transtorno mental. Esta escala apresenta 12 questões, dividas em 3 subtemas com 4 questões cada. Vida autentica, Influência externa e autoalienação. A soma total é de 12 a 60 pontos e cada subtema de 5 a 20 pontos.

De modo geral, podemos considerar que autenticidade reflete se as nossas ações estão de acordo com valores, preferências e necessidades próprias, em vez de agir apenas para agradar aos outros ou obter recompensas ou evitar punições. Envolve um comportamento que reflete a autodeterminação, ou seja, autonomia e escolha, em oposição ao comportamento controlado que depende do cumprimento de metas externas ou introjetadas (Deci, Ryan, 2000; Kernis et al., 2000). Ao mesmo tempo a autenticidade está relacionada de forma positiva a autoestima e ao bem estar psicológico (Wood et al., 2008; Grijak, 2017). Outro ponto a destacar é apontado por Rogers (1961) que refere que a autenticidade é um processo dinâmico e que características, emoções, valores e motivação são descobertos e explorados, aceitos, imbuídos de significado ou propósito e atualizados.

Conforme Wood, et al. (2008) a autenticidade não é um atributo, mas um processo de construção continua, composta por uma visão tripartida entre a auto-alienação, a vida autêntica e a aceitação da influência externa. Poderíamos pensar que autenticidade seria o equilíbrio de uma vida autentica (“Eu sempre mantenho o que acredito”), com a capacidade de não se ver influenciado pelos aspectos externos (“Eu sou fortemente influenciado pelas opiniões dos outros”) e capacidade para não se auto-alienar (“Eu não sei como eu realmente me sinto por dentro”). Cada um desses aspectos revela a condição de poder lidar com o estigma se distanciando do autoestigma.

Tabela 13 - Pontuações nas subescalas de Autenticidade (amostra inteira; pontuações mais altas indicam menos estigma)

Authenticity (média, DP)	Intervention T0	Intervention T1	Control T0	Control T1
Vida autentica	16.20 (2.48)	15.80 (2.80)	16.90 (3.28)	15.61 (3.50)
Influencia externa	13.00 (3.76)	13.80 (4.09)	14.64 (3.82)	14.96 (3.42)
Auto aliencação	10.40 (4.12)	12.37 (4.47)	12.80 (4.62)	13.32 (4.11)

*SD: standard deviation

Tabela 14 - Teste Student's para diferenças nas escalas de Autenticidade (amostra inteira)

Autenticidade (média, DP)	Intervention	Control	P
Vida autentica	-0.40 (2.93)	-0.29 (2.86)	0.883
Influencia Externa	0.80 (2.72)	0.32 (2.38)	0.469
Auto-alienação	1.97 (3.37)	0.51 (2.40)	0.058

**SD: standard deviation*

Tabela 15 - Autenticidade - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração

Variável	Diagnóstico	Tratamento	Tempo	N	Média	DP	Min	Max
AUT.autenticidade	Bipolar	Controle	T0	15	17,1	2,8	12	20
			T1	15	16,7	2,6	12	20
			T2	12	15,0	3,8	8	20
		Intervenção	T0	15	17,1	2,3	12	20
			T1	15	16,6	2,2	13	20
			T2	12	13,7	4,1	4	19
	Depressão	Controle	T0	16	9,7	3,8	4	16
			T1	16	9,7	3,9	4	16
			T2	10	10,7	4,1	4	17
		Intervenção	T0	15	8,5	2,4	4	12
			T1	15	9,3	2,9	4	16
			T2	14	8,8	3,3	4	16
AUT.infl.externa	Bipolar	Controle	T0	15	10,0	5,3	4	19
			T1	15	9,7	4,3	4	17
			T2	12	11,1	3,8	6	18
		Intervenção	T0	15	12,1	4,3	4	19
			T1	15	10,2	3,8	4	15
			T2	12	11,6	4,8	4	20
	Depressão	Controle	T0	16	12,3	3,8	5	19
			T1	16	11,6	3,9	6	18
			T2	10	11,6	4,2	7	18
		Intervenção	T0	15	15,1	3,5	8	20
			T1	15	13,0	4,8	4	20
			T2	14	12,0	4,7	4	20
AUT.alienação	Bipolar	Controle	T0	15	7,7	3,6	4	16
			T1	15	8,1	3,4	4	18
			T2	12	9,9	5,3	4	20
		Intervenção	T0	15	10,1	3,2	5	15
			T1	15	9,4	3,7	4	16
			T2	12	10,2	4,5	4	19
	Depressão	Controle	T0	16	10,6	3,2	4	15
			T1	16	9,9	3,3	4	16
			T2	10	9,3	3,4	5	15
		Intervenção	T0	15	11,9	4,2	4	18
			T1	15	11,0	4,4	4	20
			T2	14	10,7	4,3	4	20
AUT.total	Bipolar	Controle	T0	15	34,7	6,8	24	45
			T1	15	34,5	6,4	25	48
			T2	12	36,0	5,2	29	45
		Intervenção	T0	15	39,3	6,3	29	51
			T1	15	36,2	5,7	24	45
			T2	12	35,4	6,9	19	43
	Depressão	Controle	T0	16	32,6	8,3	16	47
			T1	16	31,2	8,3	16	43
			T2	10	31,6	9,5	19	50
		Intervenção	T0	15	35,5	7,0	20	46
			T1	15	33,3	9,1	12	48
			T2	14	31,8	8,5	14	48

Tabela 16 - Autenticidade - análise de variância do modelo de efeitos mistos

AUT VIDA AUTENTICA	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1634,1121	1	< 0.001
Diagnóstico	105,4189	1	< 0.001
Tratamento	1,8612	1	0,172
Tempo	3,6255	2	0,163
Diagnóstico:Tratamento	0,6033	1	0,437
Diagnóstico:Tempo	14,2407	2	0,001
Tratamento:Tempo	2,1898	2	0,335
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,3885	2	0,823

AUT. INFL. EXTERNA	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	605,1279	1	< 0.001
Diagnóstico	3,3442	1	0,067
Tratamento	1,3756	1	0,241
Tempo	7,0166	2	0,030
Diagnóstico:Tratamento	0,0341	1	0,854
Diagnóstico:Tempo	5,769	2	0,056
Tratamento:Tempo	5,7814	2	0,056
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,3782	2	0,828

AUT. AUTO ALIENÇÃO	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	612,7431	1	< 0.001
Diagnóstico	3,1154	1	0,078
Tratamento	2,3363	1	0,126
Tempo	1,3319	2	0,514
Diagnóstico:Tratamento	0,0578	1	0,810
Diagnóstico:Tempo	4,1039	2	0,128
Tratamento:Tempo	1,3355	2	0,513
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,2938	2	0,863

AUT. TOTAL	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1714,8693	1	< 0.001
Diagnóstico	3,6869	1	0,055
Tratamento	0,8061	1	0,369
Tempo	4,489	2	0,106
Diagnóstico:Tratamento	0,1144	1	0,735
Diagnóstico:Tempo	0,0971	2	0,953
Tratamento:Tempo	7,4296	2	0,024
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,5272	2	0,768

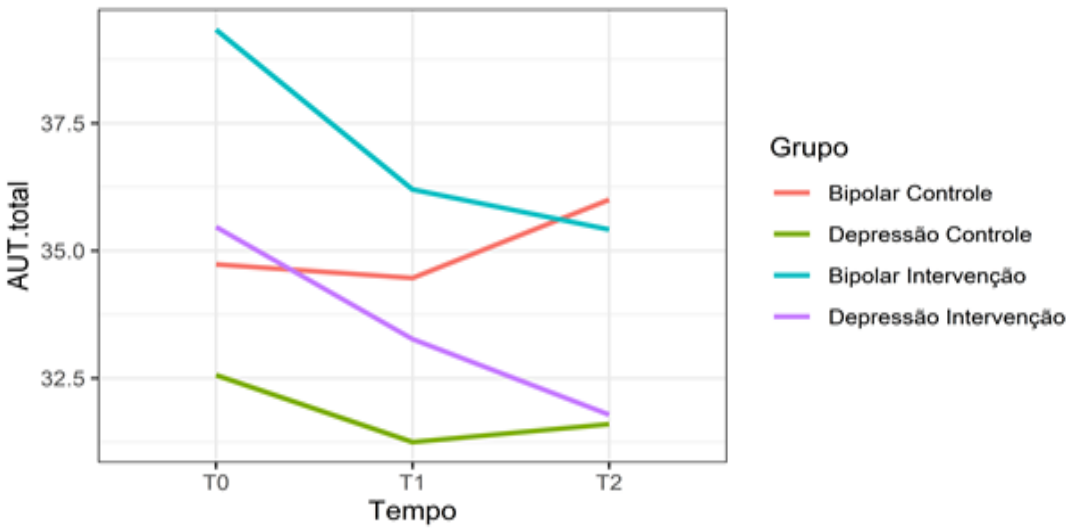


Gráfico 5 - Autenticidade Total – Gráfico de Interação do resultado final escala Autenticidade entre grupos e tempo

Nas Tabelas 13 e 14, temos os resultados da escala de autenticidade, que visa medir uma concepção tripartida de autenticidade, compreendendo auto-alienação (“Eu não sei como eu realmente me sinto por dentro”), vida autêntica (“Eu acho que é melhor ser você mesmo, do que ser popular”) e aceitar a influência externa (“Eu sou fortemente influenciado pelas opiniões dos outros”). Os valores obtidos demonstraram a diferença entre os grupos (intervenção vs controles) comparando pré e pós-ensaio, calculando as diferenças entre os escores T1 e T0 para os controles e para o grupo intervenção, para cada indivíduo. O teste T de Student foi usado para comparação estatística. Aqui foram considerados todos os sujeitos e observamos que dentre os 3 subtemas abordados pela escala, a auto alienação (consciência de si mesmo) demonstrou melhora dos resultados a partir do grupo intervenção (HOP) (p=0.058), sugerindo melhor percepção e consciencia de si mesmo. No entanto, ao utilizarmos analise de modelos de efeitos mistos (LMM – Linear Mixed Model), foi possível considerar a interação tripla entre diagnóstico, tratamento e tempo e com isso avaliarmos cada um desses cruzamentos, identificando alguns pontos relevantes. Isso permitiu que avançássemos na compreensão do estudo, considerando o programa HOP como um possível instrumento que venha a interferir no aspecto autenticidade, em pessoas com transtorno de humor.

Assim, nas Tabelas 15 e 16 apresentamos todos os resultados da escala Autenticidade. O **valor total** demonstrou uma queda da pontuação no grupo intervenção (HOP) para ambos os diagnósticos (bipolar 39,3/36,2/35.4 vs depressão 35.5/33,3/31.8), enquanto o grupo controle (bipolar – 34,7/34,5/36,0 vs depressão – 32,6/31,2/31,6) não apresentou alterações dos valores (Gráfico 5). Os resultados sugerem que o programa HOP permite uma reflexão sobre aspectos relacionados a formas de responder as demandas sociais. Pudemos observar que os grupos Depressão e Bipolar apresentaram valores positivos referentes a autoestima, bem como tiveram suas médias reduzidas em autoestigma, a partir das intervenções (HOP e Psicoeducação). Destacamos que o grupo Depressão pareceu, especialmente, ter se beneficiado do programa HOP quanto ao autoestigma, demonstrando

proporcionalmente uma queda maior nos valores. Esses resultados positivos sugerem que o programa pode estimular certos recursos psíquicos e emocionais no enfrentamento de situações em que o preconceito possa estar presente. Acredita-se que as discussões puseram em xeque a seperação entre estigma percebido e autoestigma, criando com a distinção uma forma de ter autonomia no trato de situações em que o preconceito possa etar presente sem que seja tomado para si, como valor de identidade. Outro aspecto se refere ao fato da maioria já ter revelado, o que sugere maior liberdade na forma de se apresentar ao outro, além de permitir, com as discussões sobre formas de revelar, a condição de escolher revelar ou silenciar.

Entendemos assim, que as pontuações apresentadas referentes a autenticidade, que demonstraram aproveitamento da intervenção, parece estar ligado aos pontos tratados acima, destacando que esse conjunto vem a destacar uma melhora quanto a experiementar maior liberdade para fazer escolhas, ou pelo menos, poder pensar em algumas formas de lidar com os diversos tipos de preconceitos.

Acreditamos que fomentar discussões que envolvam o conhecimento da doença e sua relação com ela, o reconhecimento dos estereótipos envoltos nos preconceitos de transtorno mental, especificamente depressão e bipolar, puderam desvelar as reações emocionais envolvidas nas revelações e as intenções comportamentais reconhecidas em si e no outro. Mesmo sendo poucos encontros -3- foi possível promover reflexões importantes. Uma hipótese seria a identidade de grupo. Watson et al. (2007) destaca esse componente como importante para que possa lidar com o estigma, criando auto-percepções mais positivas. Nos encontros foram vários os relatos de experiências frente ao estigma, como lidaram e as alternativas que conseguiram pensar e perceber com a intervenção do HOP. Corroborando com a ideia de identidade de grupo, Corrigan et al. (2015), relatam que a experiência de grupo pode aumentar a resiliência pessoal frente ao estigma e

autoestigma, principalmente pelo fato de haver o compartilhamento de suas histórias e experiências de vida.

Considerando os subtemas, destacamos a subescla **vida autentica** (Tabela 15 e 16), em que o grupo Depressão (cont - 9,7/9,7/10,7 vs interv- 8,5/9,3/8,8) pontuou valores baixos ao longo do estudo, e o grupo Bipolar (cont- 17,1/16,7/15,0 vs interv- 17,1/16,6/13,7) teve suas médias reduzidas ao longo do tempo. Este aspecto é um elemento importante no resultado final sobre Autenticidade. Sobre este ponto, é possível observar uma média maior no grupo Bipolar (T0 – Cont-17.1/Interv- 17.1) que sofre diminuição ao longo do tempo (T2 – Cont- 15/Interv - 13.7), a partir das atividades (HOP e Psicoeducação).

Destacamos que **vida autentica** apontou ser um subtema melhor aproveitado pelo grupo Bipolar que teve suas medias diminuídas (cont 17,1/16,7/15,0 vs interv 17,1/16,6/13,7) de forma significativa ao longo do estudo, a partir das intervenções. Estudos (Struening et al., 2001; Day et al., 2007) descrevem que o preconceito referente ao transtorno bipolar se assemelha a esquizofrenia, considerando um transtorno que provoca incomodo, medo, distanciamento e menos empatia. Talvez este seja o ponto relevante que os resultados sugerem, permitindo que o grupo Bipolar ao trazer para a conversa algumas dificuldades, receios e medos, bem como a percepção sobre o esteriótipo negativo sobre o transtorno mental, puderam tratar sua postura frente ao outro, influenciando na diminuição quanto aos aspectos relativos a influência externa. Destacamos que o grupo Bipolar relatou situações de exposição diante das “crises” de mania, bem como, já haviam, em sua maioria, revelado sobre o transtorno e tratamento. Sendo vida autentica a coordenação do comportamento e a expressão de emoções com estados psicológicos, crenças e pensamentos reais, observamos que esses resultados apresentam uma perspectiva promissora.

Por outro lado, o transtorno depressivo, além de mais presente na população e mais discutido socialmente, demonstrou melhor aceitabilidade desencadeando menos respostas “aversivas” no aspecto social. Entretanto,

fica uma dúvida. O grupo Depressão foi o que mais pontuou sobre estigma internalizado e estresse de estigma. Esses pontos mais altos, comparando com o grupo Bipolar, sugere que o grupo Depressão vê-se mais “vulnerável” ao estigma público, percebendo mais a discriminação e desvalorização. Ao mesmo tempo, como referido, foi o grupo que mais se beneficiou dos programas (HOP e Psicoeducativo), destacando em alguns momentos o programa HOP. Podemos entender que o grupo Depressão desta amostra, se mostrou “pronto” para a intervenção e pode identificar melhores recursos no enfrentamento do preconceito? A percepção sobre seu transtorno mental e a necessidade de tratamento, demonstrada pela presença de insight em alguns estudos, seria o ponto de referência para este grupo?

Outro aspecto a destacar é o subtema **Influência Externa** (Tabela 15 e 16) onde o grupo HOP apontou uma tendência a diminuição da média no grupo depressão (15.1/13,0/12.0) e grupo Bipolar (12.2/10,2/11.6), enquanto que os controles não apresentaram alteração dos resultados (Bip- 10/9,7/11,1 vs dep -12,3/11,6/11,6). Sugere que tratar questões de forma mais direta sobre preconceitos, crenças negativas e relações sociais parece trazer benefícios no enfrentamento de como lidar com o preconceito e discriminação, diminuindo o valor das crenças negativas e influências do outro.

Os valores no subtema **influência externa**, também apontaram que o grupo Depressão e grupo Bipolar se beneficiaram do programa HOP. Neste programa é relevante a discussão sobre as crenças negativas sobre os transtornos mentais e tratado formas de poder lidar com elas, bem como a proposta que discute maneiras de como enfrentar o estigma público, dando chances para que o estigma antecipado não seja uma manobra ruim de enfrentamento, causando assim o distanciamento social. Wood et al. (2008) e Grijak (2017) discutem que valores baixos demonstram bem estar psicológico. Destacamos que esses resultados se mostram importantes na luta contra a crença que se deve responder em conformidade com as expectativas dos outros, de forma alienante.

Cabe um destaque. Observando as médias no grupo intervenção (HOP)/Depressão (15,1/13,0/12,0) vemos uma queda tanto no resultado proximal (T1), quanto de acompanhamento. Mesmo não apresentando valores significativos, é licito discutir que novamente temos o grupo Depressão apontando uma tendência a se beneficiar da intervenção (HOP), e que seus benefícios se mantiveram ao longo do tempo. O que contribui com os resultados acima citados de melhora no estresse do estigma e autoestigma.

Considerando o estudo de Grijak (2017) que tem como objetivo identificar preditores em saúde mental a partir da escala de autenticidade, foi identificado que autenticidade explica apenas 11-14% da variação da saúde mental, o que sugere que os dados encontrados neste estudo precisam ser mais explorados, inclusive incentivando a adaptação e validação da escala para a população brasileira.

8.6 Grupo intervenção e grupo controle: as barreiras na busca pelo tratamento e qualidade de vida - BACE e Qualidade de Vida

Considerando os aspectos discutidos até o momento, que resultados poderíamos destacar referente as possíveis barreiras enfrentadas por esse grupo e que resultados obtivemos quanto a qualidade de vida?

Para entender as barreiras encontradas pelos sujeitos de modo a evitar ou retardar a procura de tratamento, utilizamos a escala BACE (escala de Avaliação de Barreiras ao Acesso à Assistência). Esta escala visa identificar a dificuldade em obter acesso aos cuidados de saúde mental, seja pela falha em reconhecer que um problema significativo está acontecendo, dificuldade em saber onde procurar ajuda, a percepção de que os tratamentos disponíveis não são eficientes ou prejudiciais, a crença de que o distúrbio resolverá espontaneamente, o desejo de lidar com o problema e / ou não poder arcar com despesas relacionadas à assistência, além de 12 questões especificas sobre o estigma do tratamento, “preocupação de ser visto como fraco por ter um problema mental” ou “preocupação que possa prejudicar minhas chances

quando me candidatar a um emprego", entre outras. São 30 questões que variam de 0 (nenhuma dificuldade) a 3 (muita dificuldade), num total que vai de 0 a 90 pontos. Resultados altos (soma das questões), refletem maior dificuldade de acesso.

Tabela 17 - BACE - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração

Variável	Diagnóstico	Tratamento	Tempo	N	Média	DP	Min	Max
BACE	Bipolar	Controle	T0	15	23,8	17,6	3	63
			T1	15	22,3	14,8	2	54
			T2	12	15,8	7,2	4	27
		Intervenção	T0	15	30,7	20,5	1	69
			T1	15	25,4	19,7	5	78
			T2	12	26,2	18,2	8	72
	Depressão	Controle	T0	16	37,3	18,9	7	61
			T1	16	32,6	21,3	7	74
			T2	10	28,0	18,6	7	64
		Intervenção	T0	15	37,7	19,5	7	80
			T1	15	37,4	19,0	2	72
			T2	14	41,9	24,2	4	84

Tabela 18 - BACE - análise de variância do modelo de efeitos mistos

BACE	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	182,4879	1	< 0.001
Diagnóstico	7,3611	1	0,007
Tratamento	1,6319	1	0,201
Tempo	4,7672	2	0,092
Diagnóstico:Tratamento	0,0026	1	0,959
Diagnóstico:Tempo	1,5521	2	0,460
Tratamento:Tempo	2,7446	2	0,254
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	2,1205	2	0,346

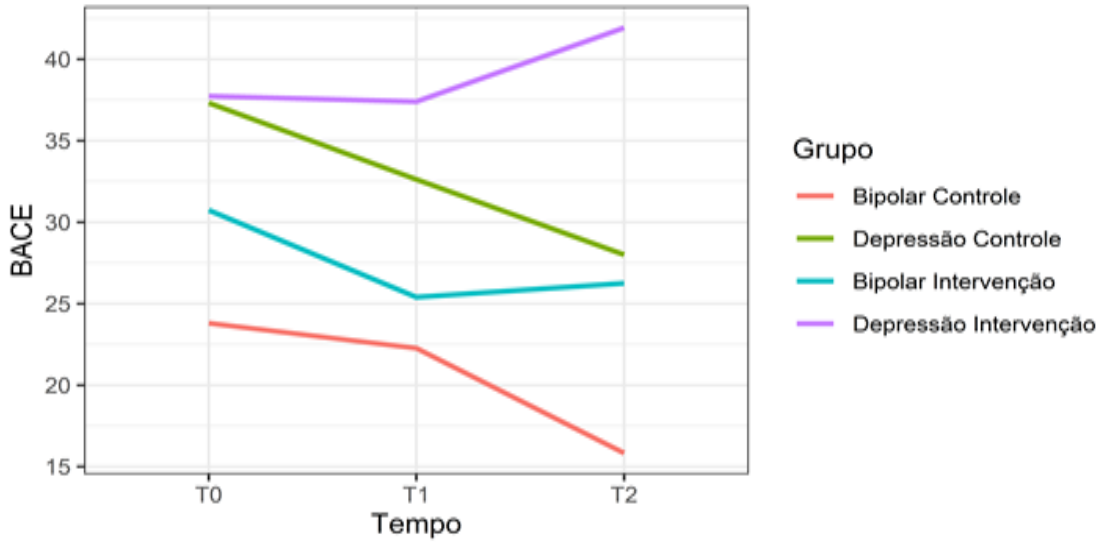


Gráfico 6 - BACE – Gráfico de Interação do resultado escala BACE entre grupos e tempo

Nas Tabelas 17 e 18 observamos que o grupo Depressão (cont 37,3/32,6/28,0 vs interv 37,7/37,4/41,9) pontuou mais do que o grupo Bipolar (cont 23,8/22,3/15,8 vs interv 30,7/25,4/26,2) em todo o estudo. Sugere que o grupo Depressão tende a ter mais dificuldades de acesso, seja por não reconhecer a necessidade, bem como dificuldade de encontrar um local para tratamento, ou, como já apontamos, pelo fato deste grupo demonstrar maior percepção do estigma percebido, além de outros fatores. Já o grupo Bipolar apresentou resultados melhores. Essa diferença pode estar ligada a presença dos tipos de sintomas apresentados pelos pacientes do grupo Bipolar, que precisam lidar com maiores alterações de humor o que piora as relações interpessoais, sociais e laborativas, muitas vezes exigindo providencias mais ativas, buscando contato com profissionais da saúde que facilitem o atendimento ao transtorno mental, considerando a presença da ansiedade que podem potencializar a busca de ajuda. A questão revelada se refere ao diagnóstico, ou seja, nossos resultados identificarma que o grupo bipolar tende a buscar mais prontaente ajuda médica. Entretanto, como foi possível observar as médias apresentadas mostraram-se distantes do que seria o valor médio da soma, em T0, máxima de 90 pontos (bip cont 23,8/interv 30,7 vs dep cont 37,3/interv 37,7), o que sugere que estas barreiras, de modo geral, não

teriam tanto valor decisório, apesar de ainda terem alguma presença, principalmente no grupo depressão onde demonstrou médias maiores que se mantiveram ao longo do tempo.

Entretanto, como destacado, esta escala apresenta um conjunto de questões, que indagam sobre as dificuldades relativas a estereótipos negativos e preconceito. As tabelas abaixo mostram o índice das médias referidas sobre estas 12 questões.

Tabela 19 - BACE (questões estigma) - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração

variavel	Diagnóstico	Tratamento	Tempo	N	Média	DP	Min	Max
BACE.12	Bipolar	Controle	T0	15	8,93	8,69	0	27
			T1	15	10	9,06	0	32
			T2	12	6,17	4,24	1	13
		Intervenção	T0	14	10,4	9,39	0	27
			T1	15	9,87	9,44	0	33
			T2	12	11,2	9,12	1	31
	Depressão	Controle	T0	16	15,4	10,9	0	31
			T1	16	13,4	11,2	0	31
			T2	10	10,2	10,1	0	27
		Intervenção	T0	15	14,9	9,41	0	34
			T1	15	15,1	8,92	1	30
			T2	14	17	11	0	33

Tabela 20 - BACE (questões sobre estigma) - análise de variância do modelo de efeitos mistos

BACE	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	113,2227	1	< 0.001
Diagnóstico	4,6848	1	0,030
Tratamento	0,879	1	0,348
Tempo	1,7847	2	0,410
Diagnóstico:Tratamento	0,0008	1	0,977
Diagnóstico:Tempo	0,4473	2	0,800
Tratamento:Tempo	4,2399	2	0,120
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	2,3826	2	0,304

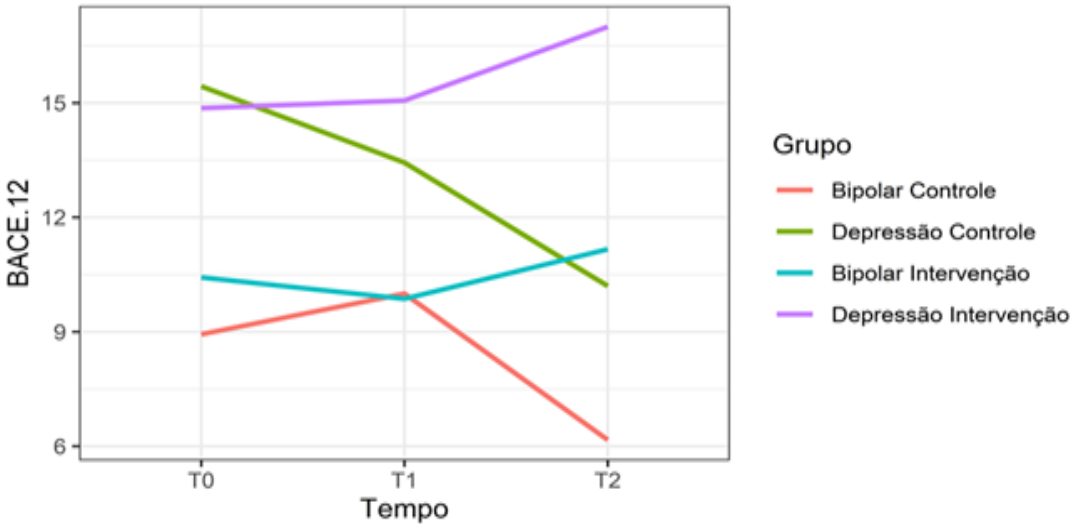


Gráfico 7 - BACE (questões estigma) – Gráfico de Interação do resultado BACE/Estigma entre grupos e tempo

Nas Tabelas 19 e 20 observamos (em T0) maior evidencia que o grupo Depressão, em ambos tratamentos, apresentou um grau maior de dificuldades na busca de ajuda profissional respaldados no estigma (dep 15,4/14,9 vs bip 8,9/10,4). O receio de ser visto como alguém com menos recurso moral, psíquico, intelectual, fica marcado e por consequência a ideia de revelação é outra aspecto marcante, pois todas as questões estão relacionadas com o receio de que o outro venha a saber do seu tratamento, demonstrando a presença de barreia atitudinal ("Preocupação de que isso possa prejudicar minhas chances quando me candidatar a um emprego"). Chama a atenção que o grupo Depressão, mesmo em acompanhamento ambulatorial há algum tempo, ainda alimente ideias e receios sobre suas ações e as repercussões que possa observar no outro (estigma público), demonstrando que as intervenções não apresentaram resultados (resposta proximal - T1) positivos, mantendo valores médios muito próximos dos valores em T0 (T1 dep. 13,4/15,1 vs bip. 10/9,87).

Vale destacar que Fukuda et al. (2016), investigando as barreiras na busca de tratamento em saúde mental para crianças e adolescentes, obtiveram resultados que referiram que, estar em acompanhamento psicoterápico ou tratamento psiquiátrico, em algumas regiões do Brasil, não

diminuiram as insígnias do estigma público, quanto ao preconceito que saúde mental e loucura ainda estão fortemente ligados. Ressalta, entretanto, que é necessário investigar aspectos culturais regionais. Outro aspecto observado refere que as maiores dificuldades na busca de tratamento estavam atreladas ao medo da estigmatização, apontando que o preconceito contra pessoas com transtornos mentais seria uma das principais barreiras de acesso aos serviços de saúde, para este grupo. Os autores reforçam que a prevalência do preconceito como barreira para busca de tratamento, demonstrou que ainda há muito a ser feito para superar a discriminação contra usuários de serviços de saúde mental no Brasil. Mesmo sendo uma população de faixa etária diferente, é possível perceber a presença do preconceito presente desde a infância.

Outro aspecto levantado por Corrigan (2004), refere que altos níveis de estigma de saúde mental tendem a associar a experiências negativas acarretando no retardo da busca de ajuda de profissionais ou dificultando na adesão ao tratamento. Vale ressaltar que, apesar dos resultados apresentados em nosso estudo, não indicarem valores altos de estigma, o grupo Depressão nos aponta um alerta.

Bhui et al. (2007), Saxena et al. (2007) e Hernandez et al. (2009), referem como pontos de barreiras a presença de constrangimento em relatar sintomas, não reconhecimento do transtorno, pouca competência dos profissionais de saúde na detecção de problemas, sendo o estigma uma das barreiras mais frequentemente identificadas para os cuidados de saúde mental (Corrigan, 2004), apontando que a busca de tratamento em saúde mental tende a apresentar um impacto prejudicial de pequeno a moderado. Conforme tratado acima, boa parte dos estudos apontam que as preocupações de divulgação e confidencialidade parecem ser o tipo mais proeminente de barreira, sendo o estigma a causa. Considerando o grupo Depressão, foi o grupo que em discussões apontou maiores índices quanto ao receio sobre revelar o tratamento e diagnóstico e maior estresse de estigma.

Haugen et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre barreiras específicas aos cuidados de saúde mental e estigma em relação à procura de ajuda para condições de saúde mental identificadas em socorristas, policiais e bombeiros. Entre os resultados obtidos na meta-analise, observou-se que 33% apresentou estigma em relação a saúde mental destacando o medo quanto a confiabilidade dos serviços psicológicos e receio que possam ter impacto negativo na carreira. Outro ponto, refere que sujeitos que tiveram hipótese diagnóstica TEPT, transtorno por abuso de álcool e transtorno de depressão, pontuaram positivamente para percepção de estigma, bem como valores relacionados a dificuldade no enfretamento de barreiras para tratamento.

Jagdeo et al. (2009) e Sareen et al. (2007) observaram, assim como nosso estudo, que barreiras atitudinais ao tratamento são as mais comumente relatadas, principalmente devido a crenças negativas de saúde (Prins et al., 2008), interpretações errôneas sobre as consequências do tratamento e estigma.

O relatório de consenso de 2016, apontou que os índices relacionados a barreira na busca de tratamento foram: incapacidade de arcar com os custos dos cuidados (48%), acreditar que o problema poderia ser tratado sem tratamento (26,5%), não saber onde procurar os serviços (25%) e não ter tempo para ir para o atendimento (16%). Questões relacionadas ao estigma se dividiram entre receio que vizinhos ou a comunidade tivessem uma opinião negativa (10%), medo de se comprometer com uma instituição ou de ter que tomar remédios (9%), preocupações com a confidencialidade e o potencial efeito negativo no emprego (8%), não querer que outros descobrissem (6%) (National Academies of Sciences, Engineering, and medicine, 2016). Apesar de valores menores referentes ao estigma, em comparação com nosso estudo, é possível identificar que o estigma está presente, demonstrando ainda ser uma preocupação relevante na busca de tratamento.

Em outro trabalho, Clement et al. (2015) em uma revisão sistemática verificando associações entre o estigma relacionado à saúde mental e a busca

de ajuda para problemas de saúde mental, apontou que o estigma relacionado aos medos sobre as consequências da revelação foi a quarta barreira quanto à procura de ajuda.

Andrade et al. (2014), com objetivo de identificar quais seriam as barreiras que dificultam o acesso ao tratamento, em pesquisa mundial de saúde mental (WMH) pela OMS, identificaram que a barreira que mais se destacou, considerando países de baixa renda a países de alta renda econômica, foi “não reconhecimento da necessidade de tratamento”, considerada uma ação ligada a barreiras de atitudes. Os autores discutem que, o que pode contribuir para esse resultado estaria ligado a pouca alfabetização em saúde mental, bem como a presença de estigmatização sobre os transtornos mentais (aspectos culturais e sociais) que influenciariam quanto ao reconhecimento das necessidades frente ao tratamento. Acreditam que apresentar práticas que visem identificar as barreiras atitudinais (tratar sobre as crenças negativas sobre doença mental e tratamento, sensibilizar profissionais no serviço primário sobre intensificação de diagnóstico diferencial, entre outros), possa intensificar as buscas de cuidados profissionais.

Um aspecto importante diante destes resultados é considerar que as dificuldades apontadas, barreiras relacionadas ao estigma, bem como barreiras estruturais (“Não ser capaz de arcar com os custos financeiros envolvidos”; “Estar em dúvida onde ir para obter o cuidado profissional”), devem ser consideradas e criadas medidas que venham a diminuir o estigma da saúde mental, sensibilizar profissionais da saúde quanto a diagnósticos diferenciais junto a atenção primária através do programa saúde da família (Brasil, 2005), bem como melhorar o acesso a serviços de saúde mental.

Um outro aspecto investigado nesse ensaio se refere a qualidade de vida. Nosso estudo focou os pontos referentes as relações sociais, na tentativa de entender se o HOP poderia trazer algum beneficio.

A OMS define Qualidade de Vida (World Health Organization, 1997; World Health Organization, 1948[7]) como um conceito amplo que inclui a avaliação subjetiva nas áreas físicas, psicológicas e sociais da vida. Nosso estudo utilizou uma escala que visa identificar a qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais, entretanto, focamos apenas no aspecto das relações socias e lazer. São 40 questões divididas em 4 subescalas. Cada subescala apresenta valores diferentes. **Frequencia de contato social** varia de 10 a 50 pontos; **Satisfação com suas relações sociais** varia de 8 a 56 pontos; **quantidade de atividades de lazer** varia de 0 a 16 pontos e **satisfação com atividades de lazer** de 6 a 42 pontos. As pontuações tratam sobre a satisfação ou frequência com que exerce a função indagada. A soma total relata sobre expectativas de qualidade de vida, referente a esse aspecto. Quanto maior os valores, podemos referir melhor qualidade de vida. A soma total vai de 24 a 164 pontos.

[7] WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference; June 19–22, 1946; New York. Signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 states (official records of the World Health Organization, Vol 2, 100) and entered into force on 7 April 1948.

Tabela 21 - Qualidade de vida/aspectos socias e lazer - distribuição das variáveis de interesse por diagnóstico, tratamento e tempo de mensuração

Variável	Diagnóstico	Tratamento	Tempo	N	Média	DP	Min	Max
QV.frequência	Bipolar	Controle	T0	15	26,9	7,5	10	35
			T1	15	28,3	6,2	12	37
			T2	12	26,8	5,1	15	32
		Intervenção	T0	15	30,9	8,1	15	43
			T1	15	30,3	6,0	18	41
			T2	12	30,6	5,5	21	39
	Depressão	Controle	T0	16	23,2	6,6	14	33
			T1	16	24,3	6,6	14	33
			T2	10	26,1	6,4	15	35
		Intervenção	T0	15	23,7	6,5	10	34
			T1	15	25,1	8,9	11	39
			T2	14	27,9	6,8	19	39
QV.satis.RS	Bipolar	Controle	T0	15	39,6	11,1	17	53
			T1	15	38,3	10,9	22	54
			T2	12	41,9	6,8	26	50
		Intervenção	T0	15	40,7	5,6	32	51
			T1	15	40,0	8,3	21	53
			T2	12	39,0	8,4	22	51
	Depressão	Controle	T0	16	32,9	11,4	14	54
			T1	16	34,3	11,1	16	54
			T2	10	35,5	9,0	19	54
		Intervenção	T0	15	36,1	9,2	17	47
			T1	15	33,7	9,4	16	47
			T2	14	34,9	9,8	16	47
QV.satisf.AL	Bipolar	Controle	T0	15	27,3	9,7	9	38
			T1	15	25,1	8,9	8	40
			T2	12	27,3	8,2	14	39
		Intervenção	T0	15	26,1	7,7	14	42
			T1	15	26,7	8,2	14	42
			T2	12	26,0	8,5	16	42
	Depressão	Controle	T0	16	19,3	8,0	7	34
			T1	16	22,6	7,0	11	34
			T2	10	22,2	7,2	10	34
		Intervenção	T0	15	19,5	6,0	7	32
			T1	15	23,0	7,1	11	33
			T2	14	24,3	6,5	14	34
QV.quantidade	Bipolar	Controle	T0	15	7,20	3,17	3	14
			T1	15	7,13	2,17	4	12
			T2	12	5,92	2,27	4	12
		Intervenção	T0	15	7,60	1,64	5	11
			T1	15	7,47	1,92	5	11
			T2	12	7,92	1,88	5	11
	Depressão	Controle	T0	16	5,69	2,39	2	10
			T1	16	5,19	2,56	1	10
			T2	10	5,00	2,45	1	9
		Intervenção	T0	15	7,13	1,88	4	10
			T1	15	6,80	3,36	0	14
			T2	14	7,07	2,67	3	13
QV.total	Bipolar	Controle	T0	15	101,00	23,20	61	133
			T1	15	98,90	23,10	68	126
			T2	12	102,00	16,10	73	125
		Intervenção	T0	15	105,00	15,70	71	125
			T1	15	104,00	17,80	70	137
			T2	12	104,00	19,60	70	134
	Depressão	Controle	T0	16	81,10	23,00	38	126
			T1	16	86,40	21,70	48	128
			T2	10	88,80	18,90	63	126
		Intervenção	T0	15	86,40	19,90	45	115
			T1	15	88,60	23,50	50	119
			T2	14	94,10	20,50	56	121

Tabela 22 - Qualidade de vida/ aspectos socias e lazer- análise de variância do modelo de efeitos mistos

QV FREQUENCIA Relação social	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1116,0819	1	< 0.001
Diagnóstico	5,8994	1	0,015
Tratamento	1,9103	1	0,167
Tempo	1,657	2	0,437
Diagnóstico:Tratamento	0,5335	1	0,465
Diagnóstico:Tempo	6,4853	2	0,039
Tratamento:Tempo	1,1181	2	0,572
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,5926	2	0,744

QV SATISF RELAÇÃO SOCIAL	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1052,247	1	< 0.001
Diagnóstico	5,7201	1	0,017
Tratamento	0,078	1	0,780
Tempo	0,8511	2	0,653
Diagnóstico:Tratamento	0,0016	1	0,968
Diagnóstico:Tempo	0,1138	2	0,945
Tratamento:Tempo	2,6233	2	0,269
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	1,6976	2	0,428

QV SATISFAÇÃO ATIVIDADE LAZER	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	652,7772	1	< 0.001
Diagnóstico	6,1257	1	0,013
Tratamento	0,0001	1	0,992
Tempo	9,916	2	0,007
Diagnóstico:Tratamento	0,0209	1	0,885
Diagnóstico:Tempo	12,7666	2	0,002
Tratamento:Tempo	1,6235	2	0,444
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	1,3021	2	0,521

QV quantidade	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	625,7628	1	< 0.001
Diagnóstico	4,0643	1	0,044
Tratamento	5,5624	1	0,018
Tempo	3,0712	2	0,215
Diagnóstico:Tratamento	0,7522	1	0,386
Diagnóstico:Tempo	0,4583	2	0,795
Tratamento:Tempo	2,5016	2	0,286
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,4416	2	0,802

QV Total	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
(Intercept)	1410,6365	1	< 0.001
Diagnóstico	9,0066	1	0,003
Tratamento	0,6695	1	0,413
Tempo	1,4179	2	0,492
Diagnóstico:Tratamento	0,0046	1	0,946
Diagnóstico:Tempo	5,0021	2	0,082
Tratamento:Tempo	0,0999	2	0,951
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,528	2	0,768

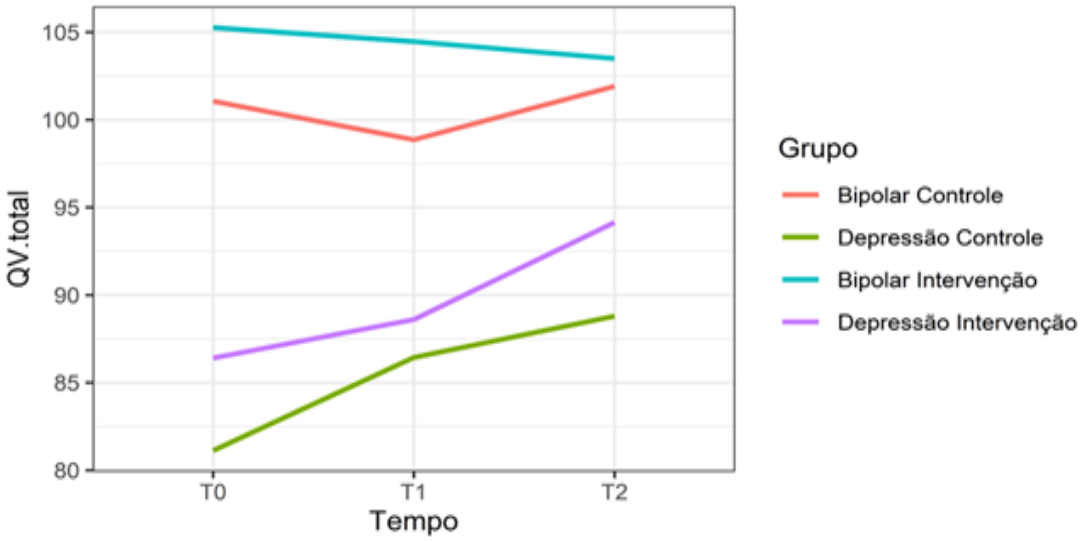


Gráfico 8 - Qualidade de vida/ aspectos socias e lazer – Gráfico de Interação do resultado final escala qualidade de vida /aspectos sociais e lazer entre grupos e tempo

Considerando as Tabelas 21 e 22 identificamos o subtema **frequência de contato social,** os valores apontam que o grupo Bipolar (cont 26,9/28,3/26,8 vs interv 30,9/30,3/30,6) apresentou valores maiores que o grupo Depressão (cont 23,2/24,3/26,1 vs interv 23,7/25,1/27,9). Além disso, o grupo Depressão apresentou melhora significativa na média (cont. 23.2/26.1 vs interv. 23.7/27.9) ficando inalterado o grupo Bipolar (cont. 26.9/26.8 vs interv. 30.9/30.6). Sugere que o grupo Depressão demonstrou maior sensibilidade as intervenções (HOP e Psicoeducativo), apresentando um aumento na frequência do contato social, ou seja, questões como “Senta e fala com outros pacientes que frequentam o mesmo grupo que você?” ou “Passa o tempo com amigos próximos?” apontam melhores valores.

Por outro lado, a **satisfação com as relações socais** (“Como você se sente sobre as coisas que você faz com outras pessoas?” ou “Como você se sente sobre as pessoas que você encontra socialmente?)**,** apontou que o grupo Bipolar (cont. 39.6/38,3/41.9 vs interv. 40.7/40,0/39,0) demonstrou maiores médias em todo o estudo, diferentemente do grupo Depressão (cont. 32.9/34,3/35.5 vs interv. 36.1/33,7/34.9). Como característica, o grupo Bipolar pareceu perceber as relações sociais mais satisfatórias.

Enquanto a **satisfação com as atividades de lazer** demonstrou que o grupo Depressão (cont. 19.3/22.6/22.2 vs interv. 19.5/23.0/24.3) teve aumento nas médias ao longo do tempo, enquanto o grupo Bipolar (cont. 27.3/25.1/27.3 vs interv. 26.1/26.7/26.0) manteve a mesma média. Sugere que o grupo Depressão identificou que as atividades de lazer possam proporcionar algum prazer, a partir das intervenções (HOP e Psicoeducativo) ofertadas. Aspecto relevante para esse grupo, sendo que uma das questões muitas vezes presente é a falta de satisfação e envolvimento com as coisas. E o grupo Bipolar mantem satisfação nas atividades.

Referente a **quantidade de atividade de lazer** que trata sobre o quanto os pacientes se envolvem com alguma atividade de lazer, houve evidências de que o grupo Depressão (cont. 5.6/5,1/5,0 vs interv. 7.1/6,8/7,0) pontuou menos que grupo Bipolar (cont. 7.2/7,1/5.9 vs interv. 7.6/7.4/7.9). Entretanto, se observou que o grupo Intervenção (HOP) (bip – 7.6/7.9 vs Dep. 7.1/7.0) tenderam a pontuar mais que o grupo Controle (psicoeducação) (bip 7.2/5.9 vs Dep. - 5.6/5), independente do tempo.

Considerando os **valores totais** da escala (Tabelas 21 e 22) há evidencias que o grupo Bipolar (cont. 101/98.9/102 vs interv. 105/104/104) apresentou médias maiores que o grupo Depressão (cont. – 81.1/86.4/88,8 vs interv. 86.4/88.6/94.1) em todo o estudo. Isso sugere que o grupo Bipolar demonstrou melhor possibilidade de lidar com as relações sociais e atividades de lazer, demonstrando mais satisfação, do que o grupo Depressão. Ao mesmo tempo, podemos observar que os valores do grupo Depressão se mantiveram menores ao longo do estudo. Entretanto, identificamos que no grupo Depressão houve uma tendência a aumento da média em ambos os grupos (Cont. 81.1 /88.8 vs interv. 86.4/94.1), ao longo do tempo. Apesar dos valores não apontarem para diferenças significativas, não observamos estas mudanças no grupo Bipolar que manteve praticamente os valores iguais ao longo do tempo (Gráfico 7). Seriam as intervenções (HOP e Psicoeducativo) instrumentos que podem execer alguma influência? Talvez ampliar um pouco o foco sobre aspectos ligados a qualidade de vida poderiam ser um pouco

mais trabalhados nas sessões. Este resultado também foi observado no trabalho de Mulfinger et al. (2018), utilizando este mesmo programa com adolescentes, que apontou valores significativos no acompanhamento.

Uma discussão importante sobre qualidade de vida em saúde mental é considerar que ao ser diagnosticado com um transtorno mental suas percepções como indivíduo, sua posição na vida, seus sistemas de valores, além de seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações se modificam. Ao mesmo tempo, há o estigma que contribui intensificando as mudanças de forma a reforçar, muitas vezes, o afastamento social, perda de emprego, autoestigma e baixa autoestima.

O grupo Bipolar apresentou melhores resultados demonstrando maior satisfação tanto no que se refere a atividades de lazer, bem como nos contatos e relações sociais. Considerando pesquisas anteriores (Michalak et al., 2006; Livingston, Boyd, 2010), há uma relação negativa entre qualidade de vida e estigma internalizado. Os resultados do ISMI no grupo Bipolar apontaram valores menores que o grupo Depressão, além de seus escores serem relativamente baixos (Tabela 8, 9 e 10), mostrando que quanto menos autoestigma, melhor a qualidade de vida. Se considerarmos que o grupo Bipolar apresentou menos estresse para lidar com o estigma (Tabela 2 e 3), além da maioria já ter decidido revelar sobre o transtorno e tratamento, acreditamos que estas características, bem como um tempo de tratamento maior que 9 anos, possam ter permitido o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, contribuindo para uma relação melhor com a vida. Um outro ponto a destacar se refere a Post et al. (2018) que confirmaram em seu estudo, que pacientes bipolares tendem a demonstrar menor satisfação com vários aspectos da vida se comparados a pessoas saudáveis, piorando quando há sintomas depressivos residuais (Michalak et al., 2005; Yalcin-Siedentopf et al., 2014). Como já destacamos, acreditamos que o grupo Bipolar não apresentava, de forma significativa, sintomas depressivos residuais. Ao mesmo tempo, nossos resultados são comparados entre grupos que apresentavam transtorno mental, o que sugere que, apesar das

diferenças, a presença de sofrimento quanto a qualidade de vida, principalmente no quesito social e lazer, foi um registro que não apontou valores siginificativos em nosso estudo.

Outro destaque é que o grupo Depressão demonstrou recursos mais frágeis diante dos aspectos sociais e lazer. A depressão tende a se mostrar como um preditor piorando a qualidade de vida referente a lazer (Post et al., 2018). Podemos dizer que o grupo Depressão apresentou menos satisfação quando se referiu a lazer e contatos e relações sociais, quando comparado ao grupo Bipolar. Demonstrou também uma relação negativa com autoestigma (Holubova et al., 2016) apontando níveis mais baixos de qualidade de vida e mais altos de autoestigma, quando comparado ao grupo Bipolar. Em outro aspecto, Yen et al. (2009) e Holubova et al. (2016) identificaram associação entre qualidade de vida e autoestigma, com valores menores, no domínio referente a relacionamento social, ponto investigado em nosso trabalho, que também apresentou valores menores, comparado ao grupo Bipolar, além de confirmar que pacientes com depressão apresentam índices de qualidade de vida menores que pessoas “saudáveis”.

No entanto, foi possível observar que o grupo Depressão demonstrou uma tendência a melhorar as médias ao longo do tempo, sugerindo que as intervenções “despertam” recursos que possam vir a amenizar o sofrimento. Alguns estudos apontam que a exposição ao contexto estigmatizado, por exemplo, dar continuidade ao tratamento, principalmente quando há intervenções com propostas psicoterapêuticas e psicoeducativas, pode levar a reduções do distanciamento social (Corrigan et al., 2001), inclusive diminuindo os escores do estigma (Klap et al., 2009). Em outro estudo, Ishak et al. (2011), destaca que pacientes com depressão maior, em tratamento, apesar de terem as queixas sintomáticas diminuídas, apresentaram déficits nos índices de qualidade de vida, sugerindo que focar o tratamento apenas nos sintomas pode não ser o suficiente para a melhora na qualidade de vida, sugerindo que propostas de intervenções dialogadas pode vir a ajudar no equilíbrio entre o tratamento, doença e estigma. Como alerta, Stanners et al.

(2014) descreveu um ensaio em que pacientes com comorbidades, além da depressão, em acompanhamento ambulatorial, raramente tinham como indicação, dentro do tratamento médico, a psicoterapia, apesar desta ser indicada como um instrumento importante para melhora das perdas funcionais e papeis socais. Em outro estudo, Yanos et al. (2015) destacaram que, de modo geral, as intervenções, além das condutas médicas, tendem promover a autoestima, a esperança e a autoeficácia e, por outro lado, diminuir a evitação social. Esses resultados são importantes, considerando que as intervenções propostas neste estudo (HOP e Psicoeducação) se mostraram, cada uma no seu alcance, recursos a serem considerados no fomento de diminuição de preconceito e melhora no bem estar geral.

8.7 Grupo intervenção e grupo controle: tamanho de efeito

Outro ponto investigado neste estudo foi o tamanho de efeito. Relembramos que utilizamos os eta quadrado (η^2) parciais de todos seus modelos, onde o η^2 são 0.01, 0.06 e 0.14 para pequeno, médio e grande, respectivamente.

Considerando que tamanho de efeito é um número que quantifica a grandeza dos efeitos observados no estudo, calculamos cada efeito principal e de interação. Destacamos 3 cálculos entre outros que acreditamos serem relevantes.

Tabela 23 - Descrição do tamanho de efeito do CoGapp Diferença considerando efeito principal e interação

COGAPP.diferença

Parameter	Eta2 (partial)	95% CI
Diagnóstico	0,052	[0.000, 0.198]
Tratamento	0,045	[0.000, 0.187]
Tempo	0,230	[0.096, 0.358]
Diagnóstico:Tratamento	0,000	[0.000, 0.024]
Diagnóstico:Tempo	0,011	[0.000, 0.067]
Tratamento:Tempo	0,025	[0.000, 0.101]
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,028	[0.000, 0.106]

Conforme havíamos discutido o CoGapp (mede estresse do estigma) apontou para resultados promissores quanto as intervenções, tanto do HOP

quanto do Psicoeducativo. Nossa discussão destacou o HOP, de forma qualitativa, apontando algumas médias com resultados de diferença maior, sugerindo que este modelo de intervenção possa propiciar melhor qualidade de resposta. Ao calcularmos o tamanho de efeito no CoGapp total é possível destacarmos valor 0,230 (Tabela 23) relacionado ao resultado dos tratamentos diminuírem as médias quanto ao estresse do estigma. Esse dado nos indica um tamanho de efeito alto, sugerindo que os tratamentos aqui apresentados podem ser um instrumento positivo para auxiliar os pacientes nas dificuldades com estigma.

Tabela 24 - Descrição do tamanho de efeito do ISMI Total considerando efeito principal e interação

ISMI.total

Parameter	Eta2 (partial)	95% CI
Diagnóstico	0,134	[0.014, 0.304]
Tratamento	0,014	[0.000, 0.126]
Tempo	0,103	[0.013, 0.217]
Diagnóstico:Tratamento	0,005	[0.000, 0.097]
Diagnóstico:Tempo	0,027	[0.000, 0.105]
Tratamento:Tempo	0,014	[0.000, 0.075]
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,014	[0.000, 0.076]

Na Tabela 24 podemos observar que o tamanho de efeito quanto ao autoestigma desmonstra valores aproximados de alto efeito (0,134) considerando que o grupo Depressão destaca a presença de autoestigma, quando comparado ao grupo Bipolar, bem como destaca que os tratamentos (0,103) apontam para diminuição do autoestigma, sendo promissores tais resultados. Vale ressaltar que devemos considerar as discussões anteriores que apontam que os níveis de médios a baixos de autoestigma também podem ter contribuído para que os tratamentos, principalmente o psicoeducativo, possam ter apontado resultados positivos, pois supomos que os aspectos relacionados ao estigma estavam mais associados ao estigma público neste grupo, do que ao autoestigma.

Tabela 25 - Descrição do tamanho de efeito de Autenticidade Total considerando efeito principal e interação

AUT.total

Parameter	Eta2 (partial)	95% CI
Diagnóstico	0,061	[0.000, 0.210]
Tratamento	0,014	[0.000, 0.125]
Tempo	0,042	[0.000, 0.130]
Diagnóstico:Tratamento	0,002	[0.000, 0.079]
Diagnóstico:Tempo	0,001	[0.000, 0.013]
Tratamento:Tempo	0,068	[0.000, 0.169]
Diagnóstico:Tratamento:Tempo	0,005	[0.000, 0.047]

Na Tabela 25, destacamos o tamanho de efeito apontado pela intervenção HOP e autenticidade. O valor indicado (0,068) acusa valor médio de feito indicando que HOP pode influenciar quanto a autenticidade frente ao estigma, ao longo do tempo, permitindo maior autonomia de ações.

No nosso entender, a formação dos grupos permitiu que no encontro entre pares as discussões entre revelar ou não, além de relatos sobre situações delicadas e conflitantes sobre transtorno, tratamento médico e relações afetivas e sociais, descortinou maneiras e formas estratégicas, diferentes das que estavam sendo utilizadas, diminuindo os efeitos do estresse do estigma e do autoestigma.

8.8 Discussão geral

Link et al. (1991) destacou a presença da rotulagem e suas consequências, referindo que a rotulagem oficial, ou seja, quando formalmente a pessoa é diagnosticada por um médico psiquiatra, denuncia reações que são intrínsecas ao “ato”: (1) carregam significados culturais potentes; (2) pode ativar esses significados em diversos ambientes de uma forma que os rótulos informais não podem; e (3) são muito mais difíceis de contestar, ignorar ou ocultar de forma eficaz do que a maioria dos rótulos informais (Link et al., 1989; 1991).

Em contrapartida, como forma de responder a esse processo de rotulagem oficial, Link et al. (1991) descreve ter observado 3 possibilidades

de enfrentamento: sigilo, revelação seletiva e educação. Apesar do autor alertar quanto a relevância dos apelos sociais e coletivos sobre as mudanças de visão dos grupos estigmatizados, se destaca a importância que cada pessoa possa descobrir formas de enfrentar situações de desvalorização/discriminação, gerando possibilidades de adaptação. Nesse sentido, vários autores ao perceberem que o sigilo, é uma das maneiras usadas no enfrentamento do estigma, observaram que é uma estratégia que não se sustenta por muito tempo, pois causa sofrimento e incômodo com o segredo a ser mantido e um aprisionamento diante das relações sociais. Assim, estudos se projetam na busca de intervenções que possam auxiliar os pacientes sobre este aspecto tão relevante e que apresenta tantas sequelas. Corrigan et al. (2013a) um dos autores mais envolvidos com o tema, partiram de uma experiência anterior, criando um programa que tem como proposta reconhecer estratégias frente a revelação sobre o transtorno e tratamento visando família, amigos, relações socais. Honest Open Proud (HOP) se apresenta como um “convite” ao diálogo focado sobre identidade, crenças negativas sobre transtorno mental, estratégias de enfrentamento e reconhecimento de grupos de apoio.

Os resultados obtidos neste programa demonstraram ser um instrumento relevante no auxilio quanto ao dilema sobre revelar, bem como auxílio na diminuição do estresse do estigma, um indicador que polui a possibilidade de tomada de decisões, além de otimizar uma forma mais autônoma de lidar com o estigma público.

Em nosso estudo, como demonstramos, o HOP apontou resultados promissores referente a um grupo especifico de pacientes. Neste ensaio, com pacientes com diagnóstico de transtorno de humor, vimos que a maioria já havia revelado sobre seu transtorno e tratamento, principalmente a familiares e amigos. No entanto, os resultados destacaram que o grupo Depressão, além de apontar maior estresse de estigma, também se mostrou mais reservado quanto a revelação. A intervenção do HOP permitiu discussões sobre a percepção e experiências de crenças negativas do transtorno mental vinda do

outro, ao mesmo tempo que abordou formas de lidar com as crenças e a decisão da revelar. Apesar de não ser significativo o número de pacientes que, após a intervenção resolveram revelar, foi relevante a diminuição do estresse, o que sugere que dialogar sobre o tema, mesmo já tendo revelado, ampliou possíveis enfrentamentos mais consistentes, bem como ampliou habilidades, dando alternativas que permitiram considerar o momento de aumentar o número de pessoas para as quais revelar, bem como locais que seja possível compartilhar sobre suas vidas. Consideramos que neste grupo foi possível aprender outras formas de abordar maneiras de divulgação, causando diminuição no impacto do estigma como estressor frente ao dilema da revelação.

Cabe destacar que nossos resultados também demonstraram um aspecto interessante. Nosso grupo controle também sofreu intervenção. Utilizamos uma atividade psicoeducativa, onde questões relacionadas a doença, tratamento, adesão, família foram discutidas nos encontros. Nestas sessões os temas foram abordados estimulando relatos de experiências e, por vezes, algumas intervenções mais informativas foram feitas pelo coordenador. Descobrimos que esta proposta também pode colaborar para uma melhora, diminuindo o estresse. Acreditamos que nesse processo de construção e compartilhamento de experiências (sobre si e seu tratamento) ajudou a integrar e entender alguns eventos difíceis que normalmente são carregados de emoção. Geralmente essa troca é experienciada como um momento de identificação de situações de sofrimento e visto como um ato não estigmatizante. Cabe destacar que sendo o coordenador do grupo um psicólogo, as intervenções foram conduzidas por um profissional que foi um facilitador, permitindo a mescla de ideias, a troca de experiências, ao mesmo tempo que estava suspenso valores pessoais do coordenador nas discussões, permitindo intermediações e algumas reflexões.

Apesar de ambos tratamentos demonstrarem valores significativos, os resultados destacados pelo programa HOP foi capaz de melhorar os recursos de enfrentamento (Coping – ver Tabela 4 e 5), principalmente para o grupo

Depressão, onde a margem de diferença foi maior que o grupo Bipolar (apesar de não ter apresentado valores significativos), sugerindo que o HOP pôde preparar melhor o tema e aumentar os recursos para lidar com o estigma, aprendendo ferramentas de tomada de decisão para divulgação, e permitindo que através da experiência em grupo houvesse melhora da resiliência diante do estigma público e o autoestigma. Cabe ressaltar que o estudo de Isaksson et al. (2018), sobre as formas de enfrentamento, o sigilo foi o mais usado, mas curiosamente, os autores destacaram que os sujeitos do estudo também puderam se utilizar de outros enfrentamentos, além do sigilo (Tabela 4). Consideramos, que os pacientes aqui estudados, tenham se beneficiado destas interlocuções de experiencias vividas e estratégias aprendidas, ampliando reações entre revelação seletiva, educar ou até desafiar pessoas que demonstraram preconceito, como manejo nas relações sociais. Este ponto se evidencia quando algumas falas de pacientes relataram o uso de estratégias demonstrados pelo HOP (por ex. testei com minha colega se ela é preconceituosa com pessoas com transtorno mental), bem como benefício de alguma experiência bem sucedida de alguma pessoa do grupo que outro pôde utilizar (pensei no que V. falou de como agiu com a vizinha e vou usar também essa estratégia). Em contrapartida, cabe ressaltar que no grupo intervenção (HOP), discussões referentes a busca de emprego ou manutenção deste, apontaram o sigilo como forma de enfrentamento, uma medida autoprotetiva. Este parece ser um ponto em que HOP precisa de adaptação ao tratar este tema.

Destarte, em outros estudos (Rush et al., 2014; Corrigan et al., 2015; Mulfinger et al., 2018; Conley et al., 2020), que usaram, especificamente, este programa (HOP), os resultados foram próximos aos nossos, com melhoras referentes a diminuição do estresse do estigma, mas em nenhum deles o grupo controle foi utilizado como procedimento outra intervenção além do tratamento padrão. Aqui cabe estudos que ampliem não só o número de sujeitos, mas as modalidades de intervenções, que nos auxiliem a conhecer a especificidade do HOP frente a este dilema.

Como sabemos, o autoestigma foi definido como um processo subjetivo, inserido em um contexto sociocultural, caracterizado por sentimentos negativos e resultados adversos que resultam de experiências, percepções ou antecipação de uma reação social negativa com base em sua doença mental (Weiss et al., 2006; Livingston, Boyd, 2010). Nosso estudo trouxe resultados relevantes. Num primeiro momento, como destacado anteriormente, o grupo Depressão apresentou valores que apontam para a presença de autoestigma, quando comparado ao grupo Bipolar, com médias mais altas que persistiram ao longo do estudo. Sugere maior sensibilidade na percepção do estigma público, o que parece influenciar sua percepção frente ao autoestigma, bem como a autoestima, que também apontou medias menores em relação ao grupo Bipolar. Apesar de discutirmos acima, que os resultados apresentados pelos sujeitos, de modo geral, não tenham apontando para elevados valores de autoestigma, foi possível perceber que as intervenções proporcionaram certo declínio das médias, além de observarmos relatos de experiências que marcaram, de forma importante, sua habilidade para enfrentar os desafios do preconceito e discriminação. Notamos também que o grupo Depressão, parece trazer para o cotidiano percepções das relações afetivas e sociais mais carregadas de conflitos, o que justifica valores mais altos ao longo do estudo em quase todas as medidas relacionadas ao estigma.

Outro resultado significativo demonstra que ambos os tratamentos (HOP e Psicoeducativo) também apresentaram resultados animadores, com diminuição do autoestigma. Considerando o grupo intervenção que utilizou o programa HOP, temos médias que indicam semelhanças com o estudo de Mulfinger et al. (2018), descrevendo resultados que apontam para melhoras no recurso para enfrentar estigma. Quanto ao grupo controle destacamos também a diminuição das médias ao longo do tempo. Parece que, tratar aspectos da vida frente ao transtorno mental e fomentar o diálogo, mesmo não tratando de forma direta sobre estigma, permite alguma mudança frente as possíveis respostas sobre o tema. Mas, voltamos a destacar que os pacientes que participaram deste estudo, pouco haviam se envolvido com

outras atividades ou ações, além do tratamento médico. Esta característica pode ser um diferencial que potencializou atividades como o psicoeducativo, já que puderam tratar de aspectos próprios, aliviando tensões mais carregadas de afetos.

Boyd et al. (2014) em trabalho de revisão da escala ISMI (autoestigma), destaca que, apesar de boa parte das pesquisas apresentarem valores de autoestigma moderado a alto, este não é um fenômeno onipresente. Drapalski et al. (2013) descreve resultados em que 43% dos sujeitos também apresentaram valores abaixo da nota de corte (2.5), mas ressalta a importância de criar intervenções que considere as experiências e relatos sobre estigma e autoestigma. Livingston et al. (2011) investigando, entre outros aspectos, o autoestigma entre pacientes “forenses” e civis, em avaliação quantitativa e qualitativa, ressalta que apesar de obter valores relativamente baixos, destaca a importância das narrativas qualitativas que apontavam relevância neste ponto, sugerindo que as diferentes abordagens possam atingir domínios diferentes e produzir resultados diferentes (Brockman et al., 1979).

Boyd et al. (2014) também destacou a presença do subtema alienação, e a presença de valores maiores. Apesar dos valores apresentados em nosso estudo não apontarem resultados significativos, vale a discussão, considerando que neste subtema houve uma tendência de valores maiores (Tabelas 8, 9 e 10), o que pode ter colaborado para a diminuição das médias gerais, já que alienação, por ser uma construção psicológica individual, sofre maior influência das intervenções, colaborando para melhora no uso de estratégias positivas. Corroborando com essa ideia, os valores do subtema adesão do estereótipo, que trata da concordância sobre os estereótipos, apresentou valores com tendência mais baixa, o que sugere menos autoestigma. Nesse sentido, vale ressaltar que pessoas que não experimentam um autoestigma de alto grau, parece observar o estigma público como uma preocupação principal e podem se beneficiar mais de

intervenções para melhorar o enfrentamento, em vez de intervenções que foquem o autoestigma (Yanos et al., 2015).

Outro contraponto, cabe destacar que Ritsher e Phelan (2004) reforçam que diante de índices mais altos de autoestigma se observa níveis mais altos de depressão e gravidade dos sintomas psiquiátricos e por consequência menos autoestima, aspectos não identificados em nosso estudo.

Assim, temos que a forma de enfrentamento diante do estresse do estigma demonstrou não ser o sigilo, ou pelo menos não o tempo todo, apontando que outras maneiras, como selecionar para quem revelar, educar os que respondem de forma preconceituosa e até ampliar a divulgação como forma de desafio, apareceram nos relatos dos pacientes, sugerindo um grupo que, apesar de identificar o estigma e a discriminação, parece ter conseguido “aperfeiçoar” formas de reação que permitiram desafiar o estigma. Consideramos que o autoestigma, apesar de ser uma presença que interfere nas reações e decisões diante de experiencias ruins com o estigma, não apresentou grau elevado, o que parece ter contribuído para um resultado mais auspicioso. Além de relembrar que estudos incluídos nesta revisão demonstraram que as intervenções anti-estigma estão associadas a reduções do autoestigma (Livingston; Boyd, 2010).

Um achado importante se refere a autenticidade. Conceitualmente autenticidade reflete se as nossas ações estão de acordo com valores, preferências e necessidades próprias, em vez de agir apenas para agradar aos outros ou obter recompensas ou evitar punições. Demonstra a coordenação entre a experiência percebida e o comportamento, ou seja, a coordenação do comportamento e a expressão de emoções com estados psicológicos, crenças e pensamentos reais (Grijak, 2017). Vale ressaltar que manter suas opiniões e ações diante de situações preconceituosas, não se mostra uma tarefa fácil. Neste estudo, o grupo HOP obteve resultado promissor apontando valor de melhora ao longo do estudo. Cabe destacar, inclusive, que as medias em T0 estavam maiores no grupo HOP, apontando para queda significativamente maior em relação ao grupo controle.

Considerando o tamanho de efeito, obtivemos altos resultados indicando que os tratamentos, de modo geral, podem auxiliar nas formas de enfrentamento do estresse do estigma, e que, mais especificamente, o programa HOP demonstra capacidade de melhorar recursos ligados a autenticidade frente ao estigma, ao longo do tempo, permitindo maior autonomia de ações. Obtivemos tamanho de efeito médio para identificar o grupo Depressão como aquele que apresenta maiores índices de autoestigma, mas que tende a melhorar a partir da interferência dos tratamentos como forma de minimizar seus efeitos, permitindo saídas mais elaboradas.

Algumas ressalvas valem a pena serem feitas.

A busca de sujeitos para que participassem deste trabalho foi bastante ativa, já que pela procura espontânea não obtivemos um número significativo. Foi necessário identificar uma lista de pacientes com o diagnóstico estudado e que apontassem para uma condição eutímica de humor. A partir dessa lista foram feitas ligações telefônicas. Além da não atualização do cadastro com números inexistentes, nem sempre as ligações eram atendidas, além de vários pacientes referirem trabalhar, não possuindo horário ou não ter interesse na pesquisa, bem como falta de condições financeiras. Acreditamos que se houvesse alguma ajuda de custo poderíamos ter acesso a um maior número de pacientes.

Ao mesmo tempo, supomos que muitos dos pacientes que concordaram participar, tinham maior interesse e de certa forma, maior facilidade de lidar com esse tema, querendo aprimorar e ter acesso a mais um tratamento, já que a maioria nunca havia participado de outros atendimentos, além do acompanhamento médico. Nesse aspecto, selecionamos pacientes mais envolvidos com o tratamento, o que pode ter colaborado para sua melhora, não atingindo pacientes que talvez pudessem se beneficar mais deste trabalho, pelo fato de estarem sendo mais afetados pelo estigma. Aqui podemos alertar sobre a importância da alfabetização da saúde mental, que poderia auxiliar na compreensão e relevância de outras modalidades de

tratamento, além da medicamentosa, inclusive alertando sobre a importância de dialogar sobre o sofrimento que pode ser uma forma de melhor conviver com ele.

Destacamos que, pelo fato de o número total de sujeitos não ter sido maior, nossos resultados, apesar de alvissareiros, nos indicam a necessidade de ensaios que ampliem o número de participantes, dando maior margem de compreensão e de aplicabilidade. No entanto, também destacamos que nossos achados corresponderam muitas vezes, de forma próxima, aos resultados de estudos já realizados, o que nos faz pensar que o caminho apontado seja promissor.

Outro aspecto que vale ressaltar, se refere ao uso de um instrumento que avaliasse a depressão. Considerando que vários trabalhos apontam a depressão como um elemento relevante na compreensão dos resultados, colaborando para uma piora dos valores, o instrumento poderia confirmar a ausência de quadros mais agudos desta psicopatologia. No entanto, destacamos que, além da triagem feita na busca dos sujeitos, os resultados nos indicam que o grupo estudado nos conduz a considerar os sujeitos como eutímicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos sobre o estigma dos transtornos mentais vem crescendo de forma significativa. Apesar desses estudos ainda serem de menor número em países subdesenvolvidos, como na América Latina (Peluso, Blay, 2004; Mascayano et al., 2016), foi possível identificar aumento no interesse sobre o tema. Além de pesquisas que objetivam entender a existência do estigma dos transtornos mentais, vem crescendo o número de trabalhos sobre intervenções que venham a diminuir os prejuízos causados pela experiência do preconceito e discriminação. Dentre as formas de lidar com o preconceito, o sigilo foi uma das primeiras maneiras de “conviver” com o estigma público. Este formato gera, na maior parte das vezes, o isolamento como consequência, pois suspende a pessoa, portadora do transtorno, de expor suas experiências de forma mais livre, utilizando como recurso o distanciamento ou isolamento social.

Entretanto, as pesquisas identificam que poder revelar sobre seu transtorno e tratamento, permite maior flexibilidade no trato com o outro e consigo mesmo, diante das exigências do tratamento e as sequelas do transtorno. Contudo, entendemos que revelar tem um custo e essa decisão deve ser individual. Mas nem sempre a decisão sobre revelar o transtorno, para quem e como, é algo que está claro para a pessoa.

Neste estudo, o programa HOP, propos, por técnicas cognitivas, convidar pessoas envolvidas em tratamento psiquiátrico a entender suas próprias crenças sobre o transtorno mental e preconceito. Rever seus conceitos e valores, entender que ao revelar estará exposto a reações e quais destas a pessoa sente que pode lidar, ou mesmo não revelar e se manter restrito em ambientes sociais e muitas vezes, restritos inclusive dos eventos familiares. Nossos resultados demonstraram que o aspecto relevante não estava na decisão sobre revelar, pois a maioria já havia falado, principalmente para pessoas mais próximas, sobre o transtorno e tratamento. No entanto, foram apontados valores que demonstraram estresse para lidar com o preconceito, principalmente no grupo depressão. Esse estresse foi a configuração de que haviam algumas dificuldades para lidar com o

preconceito. Essas dificuldades denunciam, geralmente, isolamento ou distanciamento social, perdas na qualidade de vida, baixa produtividade, dificuldade nas relações socias, valores que foram apontados, mesmo que não muito altos em nosso estudo. De modo geral, esses achados relatam que, além das próprias dificuldades de lidar com as sequelas do transtorno mental, existe essa presença que é percebida no cotidiano, seja na própria família, amigos, escola/faculdade, emprego.

Os índices que foram apresentados nos indicam que o grupo depressão apresenta maiores valores na presença do estresse frente ao preconceito, na qualidade de vida que aponta para índices menores que o grupo bipolar no aspecto social, na busca de tratamento, sendo o estigma um fator que impõe certo temor, nos índices pequenos ou moderados de autoestigma. Se pronuncia que pacientes portadores de depressão tendem a responder de forma mais complexa, com índices de recursos mais limitantes num primeiro momento.

Acreditamos que esses resultados apontam para uma reação diante da percepção do estigma público, ou seja, aquele do cotidiano, das conversas paralelas com piadas e chistes, dos comentários familiares sobre o parente que não deu certo, do aluno mais isolado, ou, “esquisito”. Consideramos que os sujeitos, principalmente do grupo Depressão, apresentaram valores no início que representava como se viam e se sentiam, na sua relação com o estigma.

Foi possível identificar que após as intervenções os valores apontados, de modo geral, tenderam a melhorar os índices que apontavam alguma preocupação. Interessante que a melhora, muitas vezes, ocorreu a partir das intervenções, destacando que para esses sujeitos, formas dialogadas de falar sobre si, foram importantes para otimizar recursos, habilidades, competências, podemos referir inclusive, que seria uma forma de identificar-se com o grupo, gerando certo bem estar, de pertencimento (Rüsch et al., 2009c). Assim, essas vivências se mostraram sensíveis ao momento de dividir com os pares, permitindo uma troca de experiências, dificuldades, desabafos.

Ao mesmo tempo, foi possível identificar que o programa HOP, mesmo que não tenha apontado valores significativos, em todos os aspectos avaliados, mostrou respostas que indicaram bom aproveitamento. Destacamos que o grupo Depressão demonstrou ser o que mais se beneficiou. Considerando que a forma de ver o mundo para o depressivo tende a apontar para diálogos de pessimismo e fracasso, ponderamos que os valores apresentados no início se configuravam por essa marca mais presente nesses sujeitos, mas que ao permitir diálogos, trocas, relatos, específicos sobre o tema, essa primeira resposta sobre como se percebiam, permitiu trafegar por outros formatos e possibilitar outras respostas. Consideramos o mesmo com o grupo Bipolar, que apesar de apresentar resultados menos intensos frente aos vários aspectos avaliados, também demonstraram se beneficiar das intervenções, principalmente do programa HOP.

Destarte, percebemos que uma forma importante de lidar com essas cenas demonstrou que a via de acesso é pela palavra. Quando falamos nos apropriamos de quem somos e de como o outro nos enxerga. Mas as palavras em si, não garantem que o outro entenda, da forma que queremos, aquilo que verbalizamos. Sempre tem algum engano. Esse engano fica representado pelo que Puddifoot (2019) refere quando trás aspectos filosóficos e psicológicos, sobre revelar ou não o transtorno. Fica claro que sempre é um risco, pois a compreensão do outro sempre é um enigma. Além disso, pudemos entender que, de modo geral, lidarmos com as diferenças humanas, num primeiro momento, não nos aproxima, mas sim, nos afasta, sendo necessário sempre um exercício que auxilie abrir mão de velhas crenças (Devine, 1989). Como identificamos, Freud já tratava sobre as pequenas diferenças como elemento organizador das relações sociais, que que aponta o mecânismo de colocar as diferenças para fora do grupo.

Nesse sentido, “o outro me causar dano, gerando em mim medo e dor, é uma realidade, mas não significa necessariamente que a reação a isto deva ser a intolerância em relação a este outro e, consequentemente, praticar um ato de violência como represália é o mais pertinente ou natural. Significa, sim,

que minha vida depende do outro; de outros que podem me ferir, assim como posso feri-los, e não há nada que se possa fazer para evitar este risco. Justamente aí, consiste minha humanidade e a humanidade do outro" (Herzog, 2019).

A humanidade e o uso da tolerância com o diferente, passa pelo reconhecimento de que somos tão iguais, ou seja, somos passiveis de promovermos e sermos vítimas de horrores, que só pelo reconhecimento dessa "cena" e a tolerância dela em nós que somos capazes de nos aproximarmos das diferenças.

ANEXOS

9 ANEXOS

Anexo A – Ficha de inscrição projeto de pesquisa sobre estigma

Ficha de inscrição projeto de pesquisa sobre estigma

Nome:

Telefone:

E-mail:

Idade: Data nascimento:

Escolaridade:

Estado civil: Filhos:

Moradia: (com quem mora?)

Profissão:

Trabalha atualmente? Sim não

Onde?

Condição econômica: _____ salários mínimos

Diagnóstico:

Medicamento:

Idade do inicio da doença:

Tempo de Tratamento psiquiátrico:

Internação (quantas): Tempo de tratamento no IPq:

Você conhece outras pessoas com doença mental:

( ) familiares ( ) conhecidos ( ) amigos ( ) no trabalho ( )não conheço ninguém

Como você avalia a vida dela? (pode marcar mais que uma)

( ) boa ( ) não sei ( ) ruim

( ) trabalha ( ) estuda ( ) isolada

Você conhece alguém famoso que tenha tido ou tenha doença mental

( ) sim ( ) não quem? (especificidade)

Responda à questão abaixo, marcando na régua numérica, o valor que mais represente o quanto você sente preocupado em relação a seguinte questão:

"Você já se sentiu preocupado ou estressado ao tomar a decisão de falar ou manter em segredo que tem uma doença mental?" (quanto maior o numero maior a preocupação)

1 2 3 4 5 6 7

Anexo B - Randomização

RANDOMIZAÇÃO

Intervenção

50, 51, 18, 77, 38, 53, 6, 65, 57, 86,

47, 29, 84, 49, 8, 25, 24, 79, 30, 32,

73, 66, 82, 43, 2, 81, 31, 10, 34, 21,

9, 78, 62, 48, 42, 14, 75, 70, 35, 36,

41, 16, 85,

2,6, 8,9, 10, 14, 16, 18, 21, 24,25,29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 41, 42, 43, 47, 48, 49, 50,51,53,57, 62,65, 66, 70, 73, 75,77, 78,79, 81, 82, 84,85, 86

Controle

27, 33, 59, 63, 28, 69, 68, 45, 7, 61,

19, 72, 1, 11, 56, 17, 4, 44, 74, 37,

15, 46, 52, 12, 5, 80, 3, 54, 26, 39,

20, 67, 76, 55, 13, 64, 58, 22, 60, 71,

83, 23, 40

3,4,5,7,11,12,13,15,17,19,20,22,23,26,27,28,33,37,39,40,44,45,46,52,54,55, 56,58,59,60,61,63,64,67,68,69,71,72,74,76,80,83

Anexo C – Manual de atividades

DANDO A VOLTA POR CIMA

Para Eliminar o Estigma da Doença Mental

Manual de atividades

Para facilitadores e participantes

Revisado pelo SOLIDARITY

Blythe A. Buchholz and Patrick W. Corrigan

*Tradução: **Me. Arlete Modelli** (Psicóloga, Mestre em psicologia do desenvolvimento – USP, doutoranda em Psiquiatria pela FMUSP,Supervisora do Serviço de Psicologia e Neuropsicologia do IPq da FMUSP, Psicanálise, Coordenadora do Curso: Especialização em Psicopatologia e Prática Clínica na Instituição Psiquiátrica- IPq FMUSP);

Viviane P. C Setti (Psicóloga, psicanalista, mestranda em Psiquiatria pela FMUSP, membro associado do Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade (Clin-a), especialista em Saúde Mental pelo Serviço de Psicologia do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP e orientadora profissional);

Dr. Alexandre Loch (médico psiquiatra, doutorado pela USP, coordenador de pesquisa no HC da FMUSP).

Para maiores informações entrar em contato com Patrick Corrigan (Corrigan@iit.edu) ou visite a página de Pesquisas no site www.ncse1.org.

SUMÁRIO

Lição 1. Considerando-se os prós e os contras da revelação 2

1. Você se identifica como uma pessoa com doença mental? 2
2. Segredos fazem parte da vida …… …….....
4
3. Considerando-se os prós e contras da revelação ……..... 8

Lição 2. Há diferentes maneiras de revelar …… 16
1. Diferentes maneiras de revelar …….....
16
2. Para quem você pode divulgar ……...
20
3. Como os outros respondem à sua revelação …….....
26

Lição 3. Contando a sua História ……..... 29
1. Como montar sua história ……..... 29
2.Dando a volta por cima através da Solidariedade e da ajuda do parceiro 38
3. Como foi? 44
4. Juntando tudo ……..... 47

Apendice I. Esse programa ajudou?..... 50

O início de cada lição

A primeira coisa que queremos fazer no início de cada aula é definir o tom. Começaremos fornecendo os nomes dos facilitadores e dando as informações iniciais de como será o trabalho em grupo. Os facilitadores devem, em seguida, pedir a cada participante para compartilhar seu primeiro nome (apelidos e títulos não são necessário a menos que a pessoa escolha compartilhar esta informação com o grupo). Depois das apresentações, os facilitadores devem apresentar a proposta do programa:

"Nosso objetivo aqui é considerar os custos e os benefícios quanto a revelação das experiências com a doença mental para algumas pessoas. Também procuramos discutir estratégias para fazer de forma mais eficaz se você decidir fazê-lo. "

Os facilitadores também devem estabelecer algumas regras básicas gerais com o grupo:

• confidencialidade - o que é dito nessa sala permanece aqui dentro,

• que todas as opiniões contam, e

• nós respeitamos uns aos outros.

Os facilitadores também devem discutir com o grupo se outras regras básicas podem ser uteis. Devemos buscar consenso para novas regras. Instruções e regras básicas serão repetidas antes de cada aula. O objetivo é o de criar um ambiente aberto, onde as pessoas se sintam confortáveis compartilhando suas opiniões e sentimentos.

Revisão
Este manual é uma revisão da versão de agosto 2012 do programa Dando a Volta por Cima (Coming out Proud). As alterações foram feitas exclusivamente para a Lição 3, Seção 2: Dando a Volta por Cima através da Solidariedade e apoio aos pares. A revisão faz a distinção entre programas anti-estigma que promovem a normalidade - "A pessoa com doença mental é como todo mundo." - e de solidariedade - "Eu fico com a pessoa que tenha doença mental." Nós introduzimos o programa ‘Dando a Volta por Cima’ no website revendo os benefícios da solidariedade. A seção, em seguida, faz a transição para a busca de papéis igualitários tendo apoio na promoção da solidariedade.

LIÇÃO 1

Considerando-se os prós e contras da revelação

PANORAMA DA LIÇÃO

Revelar sobre a doença é uma decisão que pode ser certa para algumas pessoas, mas não para todos. Esta sessão é um guia para ajudar as pessoas a decidirem qual a melhor decisão para si. Nós vamos discutir sobre essa questão em três partes:

1. Nós discutiremos a ideia de identidade e doença mental para que você possa decidir onde você enquadra melhor sua identidade.

2. Segredos fazem parte da vida de todos, de modo que você pode decidir se as suas experiências com a doença mental devem ou não ser divulgadas.

3. Nós vamos ajudá-lo a pesar os custos e benefícios sobre a revelação para que você possa decidir se deve ou não divulgar.

1. Você se identifica como uma pessoa com doença mental?

OBJETIVOS DO APRENDIZADO

• Algumas pessoas não querem ver-se como uma pessoa com doença mental:

• Não reconhece a luta com a doença como central para si.

• Outros aspectos da sua vida são mais importantes para si, do que a doença mental.

• Outras pessoas identificam-se claramente como uma pessoa com doença mental.

Leia as histórias sobre Maria e João.

Maria tem 32 anos e está há mais de 12 anos convivendo com a esquizofrenia. Apesar desta deficiência, as coisas estão funcionando bem: ela não teve uma hospitalização em cinco anos, ela tem um bom emprego e está tudo bem em casa, e ela tem o apoio do marido. Para o padrão de muitas pessoas, ela demonstra ter vencido a doença mental e se recuperado. Além disso, Maria participa com frequência de grupos de ajuda mútua, onde ela presta apoio aos colegas que estão lutando com problemas mais agudos relacionados com a doença. Ela também é uma defensora contra o estigma. Ela testemunha em audiências públicas onde ela se identifica publicamente como uma pessoa com doença mental que está indignada com as imagens desrespeitosas da doença mental que são frequentes em nossa sociedade. **Maria é uma pessoa que identifica-se como "doente mental."**

João tem uma história muito semelhante a Maria. Ele tem lutado com a esquizofrenia desde que tinha 19 anos. Agora ele tem 32 anos, casado e trabalhando em um grande escritório de advocacia. Ele não foi hospitalizado nesses últimos cinco anos e quase ninguém no trabalho ou em seu círculo social sabe sobre sua doença. João quer que seja assim. Não só escolheu não revelar aos outros sobre o seu passado com a doença, mas ele não se vê como uma pessoa com doença mental. "Eu sou um ser complexo com apenas uma pequena parte de mim que tem a doença mental. **"João é uma pessoa que não se identifica como "doente mental".**

DISCUSSÃO

1. O que você acha da decisão de João e Maria?

2. Quais são os prós e contras da escolha de Maria?

3. O que é bom e ruim sobre a escolha de João?

4. Um deles está certo?

Por que você pode revelar (contar)? Várias razões estão listadas na planilha 1.1 abaixo. Colocar um sinal (v) próximo às razões que se destacam especialmente para você. Existem outras? Adicione-as nas linhas em branco na folha da planilha.

Planilha 1.1

Algumas razões porque as pessoas decidiram revelar (contar) sua doença mental

1. Para contar o segredo "Eu só queria que alguém soubesse que fui hospitalizado por psicose maníaco-depressiva." "Eu não quero ter que sentir que estou escondendo um segredo." "Eu me senti mal por ter que manter um segredo. Eu não quero mais me sentir mal".	
2. Compreensão "Eu espero que os outros entendam não apenas a minha doença mental, mas a dificuldade de tentar manter isso em segredo. " "Eu gostaria que alguém dissesse para mim:" Eu tenho problemas também.“	
3. Apoio e Assistência "Às vezes eu fico triste. Eu estou procurando amigos que possam ser solidários”. "Você pode me dar uma carona ao médico?" "Às vezes, eu só preciso de alguém para conversar."	
4. Acomodações Razoáveis "É a lei. Quando eu pedir ajuda e compreensão no trabalho, você precisa dar para mim." "Posso chegar meia hora mais tarde esta semana? Estou me sentindo um pouco para baixo (deprimido). Eu vou fazer isso na próxima semana. "	
5.	
6.	
7.	

Agora com outra pessoa do grupo, discutir as suas colocações na Planilha 1.1

2. Segredos fazem parte da vida

OBJETIVOS DE APRENDIZADO

• Todo mundo tem segredos e os mantemos por várias razões.

• Não há motivo para sentir-se envergonhado por manter segredos como este; ainda assim, alguns de nós se debatem com a ideia do "segredo de doença mental.

• Muitas suposições que temos sobre os nossos segredos são responsáveis por nossos sentimentos ruins.

• Nossas suposições, no entanto, são muitas vezes falsas.

• Nós podemos desafiar essas suposições e quebrar nossas crenças nocivas.

Nós oferecemos uma maneira de mudar atitudes estigmatizantes no Exercicio *Mudando nossas atitudes* (Planilha 1.2) na página 7. Como apresentado na planilha 1.2, há cinco passos para a mudança de atitudes sobre nós mesmos e nossos segredos. Primeiro, vamos começar com uma clara declaração de uma atitude prejudicial usando a seguinte fórmula:

Eu devo ser _____porque _____ _____.

"Eu devo ser uma pessoa má, porque eu tenho um segredo sobre a minha doença mental."

Se você entender melhor essa atitude negativa, dois pressupostos fundamentais parecem explicar os maus sentimentos associados com a manutenção do segredo de sua doença mental:

(1) acreditar que as pessoas "normais" não guardam segredos e

(2) é vergonhoso ter uma doença mental.

Para mudar esses dois pressupostos, você deve primeiro indagar as pessoas se elas acreditam ou não que essas questões são verdadeiras. Você provavelmente vai rever sua visão sobre essa crença quando você descobrir que estes pressupostos subjacentes são realmente falsos. Então, vamos começar por mudar o primeiro pressuposto: *acreditar que pessoas "normais" não guardam segredos.* Para tal, procure um grupo de pessoas de confiança para ter uma resposta- como por exemplo, um grupo da sua religião. Nesse exemplo, você pode decidir com seu pastor/padre quem seria confiável para você conversar. A partir de seu grupo religioso você aprende que seis em cada sete pessoas admitem manter um segredo em algum momento de sua vida. Em seguida, o próprio pastor diz que, às vezes, já manteve segredos. Tanto o pastor como as pessoas em seu grupo religioso disseram que há muitas razões pelas quais alguns podem guardar um segredo, por exemplo, se a revelação do segredo será dolorosa para alguém. Eles também admitem que alguns segredos provavelmente não precisam ser mantidos. Depois de falar com eles, você entende que sua crença danosa (ou seja, que as pessoas "normais" não possuem segredos) não é verdadeira. Agora, transforme suas descobertas em uma atitude que contrarie essa crença dolorosa. Por exemplo:

"Eu não sou mau por ter segredos. Todo mundo tem."

Você pode querer escrever isto dizendo em um cartão, de modo que você possa se lembrar melhor. Então, da próxima vez que você estiver questionando sua integridade

por manter um segredo, nomeadamente o seu segredo de doença mental, retire o cartão. Lembre-se que todas as pessoas guardam segredos e que não há nada de errado com isso, contanto que você não esteja mantendo o seu segredo com base em premissas que podem realmente ser falsa.

CONTADOR PARA: Eu tenho um segredo sujo
_____
_____
_____
_____
_____

Agora que já pensou no primeiro pressuposto, vamos desafiar o segundo:

que *é vergonhoso ter uma doença mental*. Para fazer isso, vamos usar o exemplo de Pedro para ver o processo que ele passou para desafiar essa suposição e mudar sua crença sobre essa ideia. Você pode ver a planilha preenchida por Pedro na página 6.

Pedro acreditava que ele era uma pessoa fraca, porque às vezes ele era sobrecarregado com sua doença mental. Ao preencher a planilha, ele reviu essas suposições das crenças em verdadeiro ou falso, alterando a declaração de um *"eu"* baseado em crenças, para uma declaração de que inclui *"todas as pessoas como eu."*

- Todas as pessoas fortes não têm doença mental.
- Fraco significa ruim. Todas as pessoas que têm problemas são ruins.

A ideias das declarações sobre o "eu" nem sempre são claras; no entanto, alterá-las para uma declaração geral sobre todos, faz com que sua falsidade torne-se evidente.

Pedro decidiu desafiar essas suposições pedindo aos outros sua opinião se acreditavam ou não que essas duas atitudes eram verdadeiras. Pedro procurou um círculo de pessoas de confiança para o “feedback”, neste caso, um grupo de colegas do clube que ele frequenta semanalmente. Pedro também decidiu verificar com sua irmã mais velha Paula, que é altamente respeitada em sua vizinhança e alguém em quem tem confiança. Pedro ficou surpreso com a resposta das pessoas do Clube. Não só eles não concordam

com a afirmação de que "Pessoas fortes não têm doenças mentais", mas todos eles compartilharam alguma experiência com depressão ou ansiedade. Dois amigos, na verdade, tinham sido hospitalizados como Pedro. Os colegas do Clube também discordaram do segundo pressuposto de que uma pessoa com problemas pessoais seria uma pessoa ruim. Pedro ficou especialmente comovido com o que Paula disse:

"Você está fraco, porque você luta com a doença mental de vez em quando? De jeito nenhum Pedro! De qualquer forma, o que você superar significa que você é um herói. Poucas pessoas podem lidar com os sintomas, os hospitais, os efeitos secundários e retomar as coisas, assim como você. "

Não só foi importante a resposta de apoio da Paula, mas também para contrapor sua crença sobre ser fraco por causa de seus problemas psiquiátricos anteriores. Como etapa final, Pedro procurou traduzir os resultados da Tabela 1.1 de forma a contrapor suas crenças. Mesmo que Pedro tenha se beneficiado muito a partir desse retorno de seus colegas e irmã, provavelmente voltará a lutar com essas crenças de auto-estigma novamente. Pedro uniu as várias coisas que as pessoas disseram sobre não ser fraco em uma frase que ele poderia usar no futuro contra essa crença estigmatizante.

"Eu não sou fraco ou ruim por causa da minha doença mental. Na verdade, eu sou um herói porque estou seguindo em frente."

Pedro realmente escreveu esta frase na parte de trás do calendário mensal do Clube. Quando ele está sozinho e sente vergonha, ele puxa o cartão e lê essa mensagem para si mesmo.

Aqui está planilha preenchida por Pedro.

Tabela 1.1: Exercício para Mudar nossas atitudes
1. Crença dolorosa. Eu devo ser **uma pessoa fraca**, porque **eu tenho uma doença mental**.
2. Defina as Premissas verdadeiro ou falso: **Pessoas fortes não têm doenças mentais.** **Fraco significa ruim. Todas as pessoas que têm problemas são ruins.**
3. Desafie as suposições verificando-as com alguém? **• Vou conversar com as pessoas no meu grupo social. Eles têm sido os meus amigos por um tempo e vão dar uma resposta honesta.** **• Minha irmã mais velha. Ela é inteligente e sempre me diz a verdade.**
4. Colete evidências que desafiam as suposições. **• Todos os meus amigos no clube dizem que tiveram problemas psiquiátricos, como leve depressão ou ansiedade, mas eles não acreditam que sejam fracos por isso.** **• Eles disseram que lutar tendo problemas e ser ruim são claramente duas coisas diferentes.** **• Minha irmã disse que lidar com problemas psiquiátricos é um claro sinal de força, não fraqueza.**
5. Reafirmar a atitude de modo não se machucar. Isto é uma réplica. **Eu não sou fraco ou ruim, porque eu tenho uma doença mental.** **Na verdade, eu devo ser um herói para avançar com a minha vida.**

Vamos usar Planilha 1.2 para listar atitudes ofensivas que você tem sobre sua experiência com a doença mental. Quais são algumas dessas atitudes ofensivas? Liste-as aqui.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Para um melhor resultado deste exercício, use outros membros do grupo para desafiar e recolher provas contra os pressupostos. Mas, por favor considere para quem você vai perguntar fora deste grupo numa data posterior. Se você decidir seguir com este exercício fora desta sessão de grupo, você precisa ter certeza de falar com alguém que vai provar que essas crenças dolorosas são declarações falsas.

Planilha 1.2

Exercício para Mudar nossas atitudes

Completar todos os cinco passos.

1. Estado de crença dolorosa:

EU DEVO SER_____PORQUE_____.

2. Defina as Premissas verdadeiro ou falso:

_____

_____

_____

3. Desafie as suposições checando-as com alguém.

_____

_____

_____

4. Coletar provas contra os pressupostos:

_____

_____

_____

5. Reafirmar a atitude de modo não se ferir. Este é um contraponto.

_____

_____

3. Considerando-se os prós e contras da Revelação

OBJETIVOS DE APRENDIZADO

• Há benefícios e custos ao revelar.

• Somente você pode pesá-los e decidir se vale a pena revelar.

• Custos e benefícios diferem dependendo da configuração; por exemplo, no

trabalho X vizinhos.

Vamos fazer uma lista de todos os custos e benefícios de revelar para outras pessoas sobre sua experiência com a doença mental. Benefícios representam motivos do por que você iria fazê-lo, o que você espera que aconteça que seria um resultado positivo na divulgação para os outros. Os custos são os motivos que você não faria isso, pontos negativos ou prejuízos que poderiam resultar da revelação. Anotá-las na Tabela 1.2 a seguir.

Tabela 1.2: Alguns Custos e Benefícios de revelar a Doença Mental

Beneficios	Custos

Discutir a lista com os outros no grupo. O facilitador do grupo deve fazer uma lista mestra a partir da discussão e expor para a sala.

Agora vamos fazer um tipo diferente de lista. Anote os custos e benefícios de **não revelar**. Mais uma vez, discutir a sua lista com os outros no grupo. O facilitador deve fazer uma lista mestre dessa discussão.

Tabela 1.3 alguns custos e benefícios de não revelar

Benefícios	Custos

Agora você tem uma lista abrangente de prós e contras. No entanto, só você pode decidir por si mesmo sobre o equilíbrio desses custos e benefícios. Você estará usando Planilha 1.3 na página 13 para lista-los. Mas, primeiro, nós queremos que você considere outras questões associadas para pesar os custos e benefícios da revelação.

O impacto dos custos e benefícios são por vezes relativamente imediatos; outras vezes, o impacto pode vir mais tarde. Por exemplo, Pedro identificou os custos de curto prazo ("Se eu contar aos meus colegas de trabalho que fui hospitalizado por causa da esquizofrenia eles podem não querer me encontrar para almoçar na quarta-feira. ") e benefícios a curto prazo (" Talvez outras pessoas em meu escritório podem me ajudar a lidar com o nosso chefe hostil se eles souberem sobre a minha doença mental. ") relacionado a revelar aos colegas de trabalho. Ele também identificou custos de longo prazo ("Se eu contar a minha supervisora que tenho crises regulares de depressão, ela pode desconsiderar minha promoção no próximo ano. ") e benefícios ("Se eu contar, meu chefe pode estar disposto a fornecer-me alguma ajuda no trabalho, após o inventário estar completo. Geralmente, as pessoas tendem a ser mais influenciadas por custos de curto prazo e benefícios porque eles acontecem mais cedo. Mas, os custos e

benefícios a longo prazo freqüentemente têm maiores implicações para o futuro. Então, certifique-se de considera-lo cuidadosamente também.

Às vezes as pessoas censuram-se quando estão listando os custos e benefícios. Por exemplo: "Eu estou preocupado que as pessoas não vão almoçar comigo se eu contar ... Hah, isso é uma ideia idiota. Vou tirar isso da lista. "

Não descartar qualquer custo ou benefício, não importa quão tolo possa parecer. Importante colocá-los todos na lista para que você possa considerar todas as vantagens e desvantagens juntas.

Às vezes, os itens que você deseja censurar são realmente importantes; você pode apenas estar envergonhado com a questão. Saiba que, se o item é realmente irrelevante, você vai ignorá-lo na análise final.

Tabela 1.4: Exemplo do Pedro Ambiente: no escritório.

Benefícios de curto prazo	Os custos de curto prazo
- Outros me ajudam a lidar com o nosso chefe hostil. - Não tem que mantê-lo escondido. - Pode identificar colegas de trabalho com problema semelhante. - Faço mais amigos no trabalho. *	- Colegas de trabalho não vão me chamar para o almoço. - A preocupação sobre os outros falando de mim. --Ser deixado de fora nas oportunidades de trabalho.
Benefícios a longo prazo	custos de longo prazo
- Chefe fornece ajuda no trabalho. - Com promoção obter melhor remuneração. - Manter-me na tarefa mais tempo. *	- Supervisor passa sobre minha promoção. - Rumores começam a meu respeito. * - Eu vou ficar com vergonha. - Eu serei demitido.

Depois de listar todos os custos e benefícios, coloque um asterisco ao lado de um ou dois que pareçam ser particularmente importantes. Dois benefícios se destacaram para Pedro. Primeiro, ele pensa que será capaz de permanecer no emprego por mais tempo. No passado, ele saiu de bons empregos depois de alguns meses preocupado que os outros descobrissem seu segredo. Em segundo lugar, ficar mais tempo no trabalho vai ajudá-lo a fazer mais amigos. Ele também marcou um custo: Pedro estava preocupado se as pessoas iriam falar sobre ele e espalhar rumores sobre sua doença mental. Itens importantes são aqueles que você gasta muito tempo pensando sobre eles. Você pode colocar asterisco (*) nos itens que deixam você nervoso quando você pensa sobre eles.

"Se eu contar aos meus amigos que faço tratamento com um psiquiatra, eles vão rir de mim como eles fazem quando eles tem que iniciar um programa de emagrecimento. Ou, você pode marcar itens que sugerem muita esperança ("Talvez se eu digo às pessoas em minha equipe de futebol, eles vão entender melhor por que eu não vou ao bar após os jogos; Eu não posso misturar álcool e remédios.". Algumas pessoas consideram a lista de vantagens e desvantagens na Tabela 1.5 como ideias adicionais sobre possíveis custos e benefícios. No entanto, não se limite a essas opções. Freqüentemente, você vai chegar a um custo ou benefício na lista que não será especialmente relevante para você.

Tabela 1.5: Alguns Custos e Benefícios de revelar a Doença Mental

Benefícios	Custos
Você não tem que se preocupar em esconder sua doença mental.	Outros podem desaprovar sua doença mental ou a sua revelação.
Você pode ser mais aberto com seus paqueras no seu dia-a-dia	Outros podem fofocar sobre você.
Outros podem expressar aprovação	Outros podem excluir você dos encontros sociais
Outros podem ter experiências semelhantes	Outros podem excluir você do trabalho, Moradia, e outras oportunidades.
Você pode encontrar alguém que possa ajudá-lo no futuro.	Você pode se preocupar mais sobre o que as pessoas estão pensando de você.
Você está promovendo o seu senso de poder pessoal.	Você pode se preocupar que os outros estão com pena de você.
Você está vivendo testemunho contra o estigma	. Recaídas futuras podem ser mais estressantes porque todo mundo vai estar olhando.
	Familiares e outras pessoas podem estar com raiva pelo fato de você ter revelado sobre a doença.

Sua decisão depende da situação específica. Custos e benefícios da sua experiência sobre a revelação variam de acordo com a situação em que está. O exemplo para Pedro era o seu trabalho no escritório. Dizer às pessoas o seu histórico com experiência psiquiátrica é muito diferente no trabalho, com seus vizinhos ou com seus companheiros de equipe de futebol. Você pode conseguir decidir dizer às pessoas no trabalho, mas não aqueles em sua vizinhança, ou dizer a seus amigos íntimos, mas não ao professor do seu filho. Daí você precisa listar custos e benefícios quanto a revelar sobre sua experiência com doença mental separadamente para cada situação importante para você. Vocês podem fazer isso através de cópias dos Custos e Benefícios colocados na Planilha 1.3 e digitar cada situação e a pessoa a quem você pode divulgar na primeira linha na parte superior da planilha: trabalho (por exemplo, seu colega de trabalho), de vizinhança (seu vizinho), grupo social (seu amigo), da igreja (seu padre/pastor) ou família (seu primo). Então escreva sobre os custos e benefícios da revelação para uma pessoa em cada situação.

Qual é a sua decisão? O objetivo da Planilha 1.3 é para pensar na decisão sobre se deve ou não revelar a sua doença mental. Duas decisões são simples:

- Sim, eu quero que algumas pessoas saibam sobre minhas experiências com a doença mental.

- Não, eu não quero que as pessoas saibam sobre a minha doença mental.

Embora as opções sejam claras, não há nenhuma maneira fácil de descrever os custos e benefícios e chegar a uma decisão. Boas decisões são mais do que a soma das colunas na planilha. Claramente, algumas vantagens ou desvantagens serão mais

importantes e, portanto, o que deve pesar mais fortemente na decisão serão os itens que você marcou na lista.

"Mesmo que eu identifique três benefícios e nove custos, eu não consigo ter esperanças de que vou encontrar outras pessoas que tenham problemas semelhantes. Então, eu decidi sair do trabalho! "

Algumas pessoas podem não ser capazes de tomar uma decisão sobre a revelação depois de analisar custos e benefícios; poderá querer adiar a sua decisão. Você pode escolher para usar esse tempo adicional para reunir mais informações sobre a revelação.

Qual é o seu objetivo na revelação? Depois de pesar os custos e os benefícios que você listou, importante rever o que você encontrou na Planilha 1.1 (algumas razões pessoais que influenciaram na decisão de revelar sobre a Doença Mental). Essas razões podem ter mudado quanto ao que você considera mais custos e benefícios da revelação. Quando você revela, o que você espera? Escreva seu objetivo no quadro - Qual é o seu objetivo na revelação? - no final da Planilha 1.3.

Se você revelar, o que você espera? As pessoas que decidem revelar tem esperanças e desejos sobre o impacto de sua divulgação. Estes estão entre os benefícios listados na planilha 1.3. Um ou dois destes benefícios são especialmente susceptíveis de conduzir a sua decisão de revelar a alguém. Relacione-os no último quadro - O que você espera que vai acontecer após a revelação? - na parte inferior da folha da planilha 1.3. Estas questões são tão importantes que achamos que você deve destacá-las separadamente do total das considerações dos custos e benefícios. Quais são as maneiras positivas que você espera que as pessoas reajam? Nesse sentido, as respostas a estas perguntas vão ajudar a orientar a avaliação pessoal de quão bem a revelação pode funcionar para você, na próxima lição. Note-se que esta consideração só importa se você decidir revelar. Para algumas pessoas, a decisão de revelar não é uma boa decisão e, portanto, a revelação não deve prosseguir nesse momento.

Vamos começar na Planilha 1.3 na página seguinte. Enquanto você está preenchendo a planilha lembre-se: os benefícios são as razões pelas quais você gostaria de revelar. Fazer a si mesmo a pergunta, “Deixar que outras pessoas saibam sobre a minha doença mental, me ajuda?” Os custos são as desvantagens em revelar suas experiências com a doença mental. Pergunte a si mesmo: "quanto falar com outras pessoas sobre as minhas experiências com doença mental pode me machucar?" Algumas pessoas gostariam de considerar cuidadosamente todos os benefícios primeiro, listando como as pessoas podem pensar. Em seguida, eles escrevem sobre os custos. Outros simplesmente começam a escrever sobre os custos e benefícios que lhes vêm à mente até tê-los todos listados. Use a estratégia que funciona melhor para você. Lembre-se, só você deve decidir por si mesmo como esses custos e benefícios podem se equilibrar.

Planilha 1.3

A Planilha de Custos e Benefícios para revelação da minha Doença Mental

Local: _____A QUEM:_____

Não censure qualquer ideia. Escreva-as todas na planilha abaixo.

Coloque um asterisco (*) ao lado de custos e benefícios que você acha que são especialmente importantes.

Benefícios de curto prazo	Custos de curto prazo

Benefícios a longo prazo	Custos a longo prazo

Tendo em conta estes custos e benefícios:

- ☐ Eu decidi revelar sobre minha doença mental.
- ☐ Eu decidi não revelar minha doença mental.
- ☐ Decidi adiar minha decisão.

Qual é o seu objetivo ao fazer a revelação? (Considere razões que você listou em na planilha 1.1)

O que você espera que aconteça após a divulgação?

LIÇÃO 2

Há diferentes maneiras de revelar

PANORAMA DA LIÇÃO

Pode parecer óbvio, mas há maneiras diferentes de revelar.

1. Nós descrevemos cinco maneiras aqui, e então vamos guiá-lo considerando os custos e benefícios associados a cada estratégia.

2. Nós vamos guiá-lo através do processo de seleção de uma pessoa a quem você considera confiável para a revelação sobre a doença.

3. Em seguida, considere como os outros possam responder à sua revelação.

1. Diferentes maneiras de revelar

OBJETIVOS DE APRENDIZADO

• As pessoas podem divulgar as suas experiências com a doença mental e tratamentos correspondentes de diferentes maneiras.

• Compreender os custos e benefícios de divulgação, nas cinco maneiras diferentes.

• Lembre-se, você vai perceber diferentes custos e benefícios associados a cada uma das cinco formas. Os custos e os benefícios que você identificar podem variar por situação.

Tabela 2.1 resume as cinco maneiras que as pessoas podem divulgar suas experiências com a doença mental.

Tabela 2.1: Cinco maneiras de divulgar ou não divulgar
1. EVITAÇÃO SOCIAL: Não contar a ninguém sobre a sua doença mental, evitando situações onde as pessoas possam descobrir mais sobre você. Isso pode significar trabalhar ou viver em abrigo ou em ambiente de trabalho protegido, onde você só se relaciona com outras pessoas com doenças mentais. **Benefício**: Você não vai encontrar pessoas que possam prejudicá-lo. **Custo**: Você perde a oportunidade de conhecer novas pessoas e pode, eventualmente, ficar solitário.
2. SIGILO: Participar em situações de trabalho e da comunidade, mas mantendo a sua doença mental, em segredo. **Benefício:** Como evitação social, você retém informações sobre sua doença mental dos outros. Mas, você não evita situações importantes como o trabalho ou a comunidade na sua vida. **Custo**: Algumas pessoas se sentem culpadas por manter segredos. Você também pode receber menos apoio de outros, porque as pessoas não têm conhecimento da sua doença mental.
3. DIVULGAÇÃO SELETIVA: Divulgar a sua doença mental para indivíduos selecionados, como colegas de trabalho ou vizinhos, mas não para todos.

Benefício: Você encontrará um pequeno grupo de pessoas que vai entender suas experiências e prestar apoio. **Custo:** Você pode divulgar para algumas pessoas que, em seguida, podem feri-lo com a informação. Você pode ter dificuldade em manter o controle de quem sabe e quem não sabe.
4. DIVULGAÇÃO INDISCRIMINADA: Tomar a decisão de não esconder a sua doença mental; isso não significa, no entanto, que você está dizendo a todos a sua história. **Benefício**: Você não se preocupa quem sabe sobre o seu problema. E é provável encontrar pessoas que irão ser solidário. **Custo**: Você pode dizer às pessoas que, em seguida, podem prejudicá-lo com a informação.
5. TRANSMITIR SUA EXPERIÊNCIA: buscar ativamente educar as pessoas sobre sua experiência com a doença mental. **Benefício**: Você não tem que preocupar-se quem sabe sobre seu histórico da doença mental. Você está promovendo um senso pessoal de poder sobre si mesmo. Você está lutando contra o estigma. **Custo**: Você vai encontrar pessoas que podem tentar feri-lo com esta informação. Você também vai encontrar pessoas que desaprovam a sua posição política.

Vamos considerar cada uma dessas maneiras no caso de Marcos Miller, uma pessoa com esquizofrenia que é um assistente jurídico em um escritório de advocacia de São Paulo. Dividam-se em duplas e escrevam uma breve vinheta para cada uma das cinco maneiras:

- Prevenção social
- Sigilo
- Revelação seletiva
- Revelação indiscriminada
- Transmitir a sua experiência

Nota: O facilitador pode querer atribuir a cada caminho uma maneira para que o grupo possa, mais eficientemente, concentrar o seu tempo. Após cerca de dez minutos, voltar com o grupo para compartilhar suas vinhetas.

Cada participante irá perceber diferentes custos e benefícios das cinco maneiras de revelar do Marcos Miller. Liste algumas delas na Planilha 2.1 na página seguinte.

Planilha 2.1

Custos e Benefícios sobre Cinco maneiras de revelar

Marcos Miller é um assistente jurídico em um escritório de advocacia de São Paulo.

Custos	Benefícios
1. Evitação social	
2. Sigilo	
3. Revelação Seletiva	
4. Revelação indiscriminada	
5. Transmitir a sua experiência	

* Discutir alguns dos custos e benefícios que você listou.

Custos e benefícios da revelação são susceptíveis de variar de acordo com a situação. Se o tempo permitir, liste o custos e benefícios das cinco maneiras de divulgar em seu local de trabalho na planilha 2.2. Se você ainda não trabalha, pense em algum lugar que você trabalhou no passado ou em algum lugar você se vê trabalhando no futuro. Certifique-se de introduzir esta informação na parte superior da planilha.

Planilha 2.2

Custos e Benefícios de Cinco maneiras de divulgar

Ambiente: _____.

Custos	Benefícios
1. Evitar social	
2. Sigilo	
3. Divulgação Seletiva	
4. A divulgação indiscriminada	
5. Transmitir a sua experiência	

• discutir alguns dos custos e benefícios que você listou

2. Para quem você pode divulgar?

OBJETIVOS DE APRENDIZADO

- Algumas pessoas são melhores que outras para você revelar.
- Saiba como identificar uma boa pessoa para quem você pode revelar.
- Entenda o procedimento para "testar" a pessoa antes de revelar.

Na seção anterior, mostramos que as pessoas podem revelar as suas experiências com doença mental e tratamentos correspondentes de diferentes maneiras. Se você está considerando a revelação seletiva, esta seção ajuda a identificar uma possível pessoa para a revelação. Duas coisas são consideradas:

1. Como você pode identificar uma boa pessoa para fazer a revelação?

2. Nós propomos uma maneira em que você pode "testar" a pessoa antes de fazer a revelação totalmente.

Quem é uma boa pessoa para fazer a revelação? Há várias razões do por que você escolhe uma pessoa específica para revelar. A Tabela 2.2 apresenta alguns grupos onde há três tipos de relacionamentos. Veja cada tipo e determine com qual (is) você se identifica mais. Tem linhas em branco onde você pode adicionar outros tipos de relacionamentos e qualidades que são importantes para você. Quando terminar, converse com outro membro do grupo e discuta o que você escreveu na tabela.

Tabela 2.2: Tipos de Relacionamentos e importantes características de uma boa pessoa para fazer a revelação :
1. RELAÇÕES FUNCIONAIS A pessoa fornece alguma função para você, conhecendo suas experiências com a doença mental você pode ajudar realizar a função. Relações funcionais da amostra incluem: • Psiquiatra • médico • psicólogo • membro do clube • supervisor • colegas de trabalho • professor • membro da equipe
2. RELACIONAMENTO DE SUPORTE A pessoa parece ser amigável e dará apoio e aprovação para você quando descobrir sobre a sua experiência. Características deste tipo de pessoa incluem: •amenidade • preocupação com os outros • confiabilidade • mente aberta • lealdade • prestimosidade
3. RELAÇÃO EMPÁTICA Algumas pessoas a quem você pode revelar tiveram uma experiência semelhante, embora menos dolorosa, talvez: "Eu sei o que é estar deprimido.” Esses tipos de pessoas podem fornecer uma relação empática. Suas características incluem:

• disposição para ouvir • bondade • uma compreensão da natureza • honestidade
4.
5.
6.
7.

Testando uma pessoa para revelar. Há uma maneira agradável e discreta para testar se alguém pode ou não pode ser uma boa pessoa para revelação. Este método está resumido na Planilha 2.3, nas páginas 23. Após anotar o nome da pessoa a quem você pode revelar, anote um exemplo de notícias recentes, histórias, artigos de revistas, programas de TV ou filmes. Veja este exemplo:

"Olá Monica. Você viu E.R. no Canal 5, na semana passada? Sally Fields estava nele. Ela retratou uma mulher com transtorno bipolar tentando ajudar seu filho adulto na luta com os primeiros sinais de mania. Eu estava realmente impressionada com o show; parecia fazer um bom trabalho em descrever os sintomas dessa doença psiquiátrica; você sabe, de uma forma adequada. O que você acha? Você conhece alguém assim? O que você acha sobre as pessoas compartilharem suas experiências com a doença mental? "

Então, pare e escute a resposta de Monica. Como você pode avaliar suas respostas para o acompanhamento das perguntas na Planilha 2.3 se ela disse,

"Sim ... eu vi isso. Eu tenho um amigo com transtorno bipolar e ver o programa do ER realmente me ajudou a entender melhor o que a pessoa deve fazer para alcançar seus objetivos.

Alguns podem avaliar suas respostas como demonstrando ser sensível e gentil e, assim, uma pessoa a quem você pode revelar. Se Monica tivesse dito,

"Sabe, eu não aguento mais esses choramingos de criança. Qualquer doença mental é fichinha perto disso!, "

Como suas classificações poderiam ser diferentes? Alguns podem ver essa reação como menos sensíveis e daí, Monica pode não ser uma boa candidata para a divulgação.

Depois de ouvir a pessoa a quem você pensa revelar, avaliá-la com essas três escalas que estão na Planilha 2.3. Em seguida, adicione essas avaliações em uma única pontuação total, que você deve inserir no quadro abaixo. Se o resultado for superior a 16, a pessoa é provavelmente uma boa candidata para divulgação. Pontuações com menos de 9 sugerem que a pessoa pode não ser a melhor pessoa para a divulgação. A decisão não é clara para aqueles que estão no intervalo entre 10 e 15 pontos.

Vamos praticar isso agora. Escreva uma história recente de uma notícia, programa de TV ou filme na Planilha 2.3, em que uma pessoa com doença mental é representada de forma positiva, claro. Em seguida, escolher um membro do grupo e tentar determinar se ele/ela seria ou não um bom candidato para a revelação. Depois de contar-lhe sobre a notícia/história / programa de TV / cinema, ouvir a resposta, e, em seguida, classificar a pessoa sobre os três itens na planilha. Qual foi a sua pontuação total? Onde é que se encontra na tabela de revelação? Você acha que seria bom revelar a ele/ela

planilha 2.3

Testando uma pessoa para a revelação

Nome da pessoa_____

Notícias, programa de TV, filme [Imagem positiva da Doença Mental]

• O que você acha de histórias (shows, filmes) como esta?

• O que você acha das pessoas como esta da história (show, filme)?

• Você conhece alguém assim?

Agora classifique as respostas da pessoa de acordo com a escala de concordância de sete pontos.

As respostas da pessoa foram sensíveis.

Discordo completamente			Concordo moderadamente		Concordo completamente	
1	2	3	4	5	6	7

As respostas dele/a foram educadas

Discordo completamente			Concordo moderadamente		Concordo completamente	
1	2	3	4	5	6	7

Esse seria o tipo de resposta que eu gostaria de obter se estivesse me expondo.

Discordo completamente			Concordo moderadamente		Concordo completamente	
1	2	3	4	5	6	7

Somar as pontuações.

Total de pontos

Abaixo estão alguns pontos de corte sugeridos para os totais de pontuação.

16-21: Provavelmente uma boa pessoa para se expor.
10-15: Em dúvida
3-9: Provavelmente uma pessoa não tão adequada para se expor.

Notou algo mais sobre as respostas dele/a? Em caso afirmativo, descreva abaixo.

3. COMO OS OUTROS RESPONDEM À SUA REVELAÇÃO?

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- A revelação irá impactar sobre as pessoas à sua volta.
- As pessoas podem responder de formas diferentes à sua revelação.
- Considere as diferentes formas pelas quais as pessoas irão reagir à sua revelação.

Esteja certo de uma coisa: a revelação irá impactar as pessoas à sua volta. Você precisa considerar as várias formas nas quais as pessoas respondem e planejam suas ações consecutivamente.

Tabela 2.3 lista uma variedade de reações do afastamento que são divididas por grupo em respostas positivas verso respostas negativas.

Tabela 2.3: Como as pessoas podem responder à exposição	
Resposta Emocional	
Positiva	Negativa
Compreensão “É difícil conviver com a doença e o segredo.” **Suporte Interpessoal** “Eu estou aqui por você, se precisar de alguém pra conversar.” **Assistência** Posso te dar uma carona até o médico?”	**Desrespeito** “eu não quero algum lunático perigoso por perto.” **Negação** “Eu não vou te dar nenhuma vantagem por conta da sua doença mental.” **Retribuição** Vou fazer você ser despedido. Eu não tenho que trabalhar ao lado de um louco como você. **Medo/prevenção** Você é perigoso. Vou me afastar .” **Fofoca** “Ei você ouviu sobre o João? Ele foi internado em um sanatório.” **Culpa** “eu tenho o mesmo tipo de problema do Gabriel, mas eu não saio por aí falando sobre isso.”

Quais dessas respostas você já vivenciou? Há outros exemplos? Descreva-os aqui e adicione outros que não constem na tabela 2.3

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Agora discuta com o grupo. A planilha 2.4 na página seguinte dá a oportunidade de experimentar como é o sentimento de se trabalhar com indivíduos com doença mental.

O objetivo deste exercício não é praticar respostas eficazes (o melhor tipo de resposta é provavelmente ignorar a pessoa) Mais do que isso, o objetivo deste exercício é monitorar sua própria reação. Uma pontuação maior do que 4 em qualquer escala na planilha 2.4 pode dar a ideia de que esses insultos vão te magoar. Você está reportando sinais significantes de vergonha, ansiedade ou raiva por conta de comentários fanáticos. Dessa forma, você precisa se perguntar se deseja ou não lidar com essa dor. E lembre-se de que um comentário de um colega em situação de parceria soa menos constrangedor do que uma observação de uma colega de profissão na vida real.

Planilha 2.4

VOCÊ É CAPAZ DE LIDAR COM A REVELAÇÃO?

Escolha um amigo no grupo para interpretar a seguinte cena
Você está com vários colegas de trabalho e diz: "Eu já fui internado com esquizofrenia uma seis vezes." O seu parceiro diz: "Nossa, eles deixaram você sair?" "Isso não importa. Qualquer um pode arranjar um trabalho aqui." "Você nunca sai fora de controle?" "Eu estou pedindo uma transferência. Não quero trabalhar com tipos como você." " Tudo bem amor. Eu posso encobrir seus erros." "Você dorme em um hospital à noite?" "Você surtaria se parasse de tomar os remédios?"
Após ouvir estes comentários, faça sua classificação nas tabelas abaixo. Circule o número que melhor lhe representa e como você se sente em resposta a estas afirmações.

De forma alguma envergonhada			Moderadamente envergonhada			Muito envergonhada
1	2	3	4	5	6	7

De forma alguma nervosa			Moderadamente nervosa			Muito nervosa
1	2	3	4	5	6	7

De forma alguma triste			Moderadamente triste			Muito triste
1	2	3	4	5	6	7

De forma alguma Raivosa			Moderadamente raivosa			Muito raivosa
1	2	3	4	5	6	7

LIÇÂO 3
Contando a sua história

PANORAMA DA AULA

Como resultado das aulas 1 e 2, você pode ter decidido que quer se expor. Assim, essa aula tem vários objetivos.

1. Aprender uma forma de contar a sua história de forma pessoal e significativa.
2. Identificar parceiros que possam lhe ajudar durante o processo de revelação.
3. Repensar em como você sentiu-se ao contar sua história.
4. Juntar tudo o que aprendeu a fim de continuar.

1. Como contar a sua história

OBEJTIVOS DA APRENDIZAGEM

• Leia um exemplo de como contar a história de alguém que tenha vivenciado transtornos mentais.

• Use o guia fornecido para construir sua história sobre a experiência com a doença mental

• Entenda os valores e questões relacionadas ao falar em público.

Nós temos um exemplo de como contar sua história de forma pessoal e significativa. Nós a ilustramos com o exemplo de Kyle Uphoff-Wasowski de Não me Chame de Louco (de Patrick Corrigan and Robert Lundin).

Tabela 3.1
História de Kyle Uphoff-Wasowskiy
Olá! Meu nome é Kyle Uphoff-Wasowskiy e estou aqui para falar para vocês sobre uma doença chamada transtorno bipolar ou maníaco-depressivo. A doença que eu tenho, quando não tratada pode causar várias alterações de humor. A doença ocorre no cérebro e neurotransmissores. Doenças do tipo depressão, bipolaridade e esquizofrenia são consideradas transtornos cerebrais neurobiológicos. Eu fui diagnosticado maníaco-depressivo há anos atrás – logo após o nascimento do meu primeiro filho. Eu tive uma depressão profunda tão grave que eu pensei em tirar minha própria vida. Não é o tipo de depressão de que a maioria das pessoas conhece. Deve haver ações diferentes para aqueles como nós que têm experiência com doença mental. É como se o cérebro todo paralisasse – nada parecido com o que eu conhecia como depressão! Honestamente eu me sentia fisicamente incapacitado – como se eu tivesse tido um ataque ou coisa parecida.
Levantar da cama ou escovar os dentes eram desafios inimagináveis. Não havia alegria em nada! Nem mesmo o meu filho recém-nascido de quem eu amava mais do

que tudo e que não tinha culpa nenhuma, me fazia lembrar a todo momento de que eu era inútil.
Antes da descoberta da minha doença, eu costumava levar minha vida como qualquer outra pessoa. Eu sou uma dos cinco filhos de uma família. Temos pais que nos apoiam e nos amam muito e pertenço à classe média alta. Eu sempre fui muito envolvida na escola com amigos e com os esportes e era bem popular no ensino médio. Eu era líder de torcida, ginasta e sempre estava com a galera. Eu não estou contando isso a vocês, para impressioná-los, mas para enfatizar que a minha vida não era diferente da maioria.
O meu estereótipo de doença mental dificultou a aceitação do diagnóstico de início. Eu não me encaixava nos estereótipos, então como eu poderia ter uma doença mental? Também não fui uma criança solitária. Não sofri nenhum trauma ou abuso na infância. Consequentemente, os médicos devem estar errados.
Eu tive meu primeiro filho aos 28 anos. Luke nasceu em Edison, Nova Jersey e vivemos felizes naquele lugar por mais 7 meses. Nós queríamos nos mudar para o centro-oeste porque meu marido e eu fomos criados lá e aonde nossos familiares continuavam vivendo. Meu marido conseguiu uma transferência. O estresse da mudança, o bebê, as mudanças acontecendo no meu corpo (meu filho estava na fase do desmame) juntamente com o fato da minha pré-disposição à doença, criaram o ambiente perfeito para o surgimento da mesma.
Antes de nos mudarmos para Illinois, eu sentia uma letargia imensa, comecei a perder peso e tinha insônia. Eu atribuía todos esses sintomas ao que estava acontecendo na minha vida, mas nunca à doença. O irreconhecível episódio de depressão que ocorreu em Nova Jersey foi substituído por um surto completo em Illinois. No início, tudo estava mil maravilhas! Eu fui da energia zero a todo vapor. Eu esvaziei todas as caixas da mudança, pintei os cômodos e organizei a casa toda em um dia! Quem não amaria fazer isso?
Eu sempre fui muito falante e tinha noção das coisas ao meu redor. Meu marido me achava brilhante. Mas de repente, o meu papo interessante ficou difícil de ser entendido, algo bizarro. Eu tinha perdido peso e estava com distúrbios do sono também. Mas pelo fato de ter tido um bebê há pouco tempo, me fez sentir bem com a perda de peso e atribuía a falta de sono ao estresse.
Nós ainda tínhamos nossa casa em Nova Jersey e estávamos pagando duas hipotecas. Meu marido estava preocupado, mas sempre procurava se convencer de que tudo estava bem. Até que um dia, ele chegou de uma viagem de negócios e encontrou a casa numa bagunça (bem atípico) e eu ria e chorava ao mesmo tempo Mesmo doente, eu era muito preocupada com meu filho e ele estava com uma fralda suja sentado em um cantinho da casa.
Naquele determinado momento, meu marido ficou muito preocupado com minhas oscilações de humor e resolveu discar para o 911. A ambulância chegou, me levaram para o hospital e me mantiveram lá contra a minha vontade. É interessante notar que minha doença ficou mais grave no momento em que fui obrigada a ficar no hospital. Eu fiquei desiludida e paranóica e estava convencida de que a equipe toda estava elaborando um plano para que eu ficasse na ala psiquiátrica quando eu não precisava – todos sabiam disso! Eu pensava que deveria literalmente existir uma chave para que eu saísse de lá, mas a única maneira de consegui-la era através de alguma informação com a equipe. Se eu tivesse a informação, teria a chave.
A primeira internação foi a pior coisa que já me aconteceu – imaginar que a sua mente pode de repente se apagar sem aviso prévio e saber que você pode ser capaz de fazer aquelas coisas horríveis é assustador. Há muita vergonha envolvida nessa doença. Eu voltei para casa e caí em uma depressão severa que durou 9 meses. Eu perdi toda a minha autoconfiança. Meu único foco era prevenir de que ninguém ficasse sabendo da doença e tinha que parecer ‘normal’ em todas as vezes. Era o início da minha tentativa em esconder o meu segredinho feio.

Muito dessa doença tem a ver com o estigma. Na minha experiência, a maior parte do estigma é auto - induzido. Eu feri a mim mesma mais do que qualquer outra pessoa. Eu me preocupava com o que as pessoas iriam pensar se soubessem e o fato de não ser aceita. Esse medo era constante. Temia que meus amigos não quisessem mais sair comigo se soubessem ou que os vizinhos proibissem seus filhos de brincar com os meus. Eu me preocupava com o que minha família iria pensar de mim. Eu cheguei ao ponto de ter vergonha até do meu provedor de internet porque recebia e-mails da Aliança Nacional para os Doentes Mentais. Eu temia ser descoberta.

Eu só melhorei a partir do momento em que comecei a aceitar a doença. Fui me educando. Lia todos os livros que encontrava sobre transtorno maníaco-depressivo. Também procurei um grupo de auto ajuda o qual me mostrou que é possível vencer a doença. Encontrei um outro médico muito atencioso, motivador e que me fez perceber que eu não tenho responsabilidade alguma por desenvolver a doença. Muito menos os meus pais.

O que me ajudou foi falar sobre ela. E o que eu descobri é que doenças mentais são muito comuns e não há por que se envergonhar. Eu venho falando sobre minha doença publicamente por quatro anos e me sinto libertada e curada. Eu coordeno a Assessoria da Aliança Nacional para os Doentes Mentais e estimulo outros indivíduos com transtornos mentais a falar sobre suas experiências. Nós vamos até faculdades, escolas, igrejas etc. Na verdade, descobri que eu posso tirar uma recompensa tremenda da minha doença, pois sem ela eu jamais poderia viver todas essas experiências que vivo hoje. Eu jamais estaria dando palestras em público. Eu me sinto completamente surpresa com o número de pessoas que vem até mim e compartilham suas próprias histórias ou as de seus amigos.

Desde o diagnóstico da minha doença, eu tive minha segunda filha, Madison. Ela é um presente. Eu achava que seria impossível ter outras crianças depois do nascimento do meu filho e me sentia imensamente triste por conta disso. Sabia que de alguma forma que minha vida nunca mais seria a mesma e isso era irreversível. Minha filha nasceu no mesmo hospital aonde as internações ocorreram e me ajudou a mudar a concepção das coisas. O hospital é um local de saúde e vida!

Considere agora as seguintes discussões no grupo:

- O que você mais gostou sobre o depoimento dela?
- De que forma essa história reflete um caso de superação?
- Quais devem ter sido as partes mais difíceis de serem contadas?
- Quais partes você teria recontado de forma diferente?

A planilha 3.1 fornece um modelo a ser preenchido e descreve uma história que pode servir para você,

A sua história irá depender de onde irá contá-la. Para o exercício a seguir, vamos imaginar que você está se dirigindo a uma entidade civil, como por exemplo o Rotary. Lembre-se de que esta é a única forma de contar sua história. Para completar o exercício, faça o seguinte:

1. Entre com seu nome e com o que você chama de doença mental.

2. Liste alguns eventos da sua juventude que são típicos e fazem parte da vida da maioria e/ou que refletem o início da sua doença mental.

3. Enumere caminhos pelos quais a sua doença mental surgiu, bem como a idade em que isso ocorreu. Válido para todos os exercícios propostos aqui, não diga nada que o faça sentir-se desconfortável. Você precisa discutir apenas as questões que fazem você sentir-se bem para compartilhar.

4. Compartilhe como a sua doença não desapareceu. Os ouvintes precisam entender que sua doença não é apenas um distúrbio leve e temporário. Descreva todas as coisas com que você vem lutando durante todos esses anos devido à sua doença mental.

5. Agora, a parte mais importante. Liste as suas conquistas e ganhos, situações que mostrem superação. Vale a pena lembrar que recuperação nem sempre significa um diploma universitário, um trabalho em tempo integral ou uma casa de quatro quartos. Nós sempre procuramos metas diferentes dependendo de quem nós somos e em que momento nos encontramos na vida. Compartilhe isso!

6. E agora, para a relevância da sua história. Especifique como o estigma tem colocado barreiras no caminho das suas conquistas. Enumere algumas experiências injustas ou ríspidas que você tenha sofrido da sociedade.

7. ...o que leva à moral da história:

EU, COMO QUALQUER OUTRA PESSOA COM DOENÇA MENTAL, VIVO, TRABALHO E ME DIVIRTO; ASSIM COMO VOCÊ!

DESSA FORMA, ME TRATE DE FORMA IGUAL. NÃO ME VEJA OU SE DIRIJA À MIM BASEADO EM ESTERIÓTIPOS INJUSTOS.

Planilha 3.1

Um guia para produzir uma história sobre suas experiências sobre doença mental

Olá! Meu nome é _____

Eu tenho uma doença mental denominada_ _____

Deixe-me falar um pouco sobre minha infância.

Liste alguns eventos da sua juventude que são típicos da maioria da vida das pessoas e/ou que possam refletir o início da doença.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Minha doença mental começou com _____ anos de idade.

Liste alguns fatos difíceis que aconteceram com você quando se deparou com o início da doença.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Infelizmente, minha doença mental não foi embora rapidamente.

Liste algumas coisas com que você vem lutando nos últimos anos em decorrência da sua doença mental.

1._____
2._____
3. _____
4. _____

Eu descobri que o caminho da recuperação era conviver com a doença. O que tem dado certo para mim inclui:

1._____

2._____

3. _____

4. _____

Durante a trajetória, eu tenho lidado com estigmas e respostas injustas em relação à minha doença.

Liste algumas das experiências injustas e experiências ríspidas que você tem vivenciado na sociedade.

1._____

2._____

3._____

4._____

Apesar dos desafios e algumas vezes por causa deles eu obtive várias conquistas.

Liste algumas coisas que você tem conquistado na esfera do trabalho, relacionamentos e outros objetivos particulares.

1._____

2._____

3._____

4._____

Eu quero finalizar com esses dois pontos principais:

1. EU, COMO QUALQUER OUTRA PESSOA COM DOENÇA MENTAL, VIVO, TRABALHO E ME DIVIRTO; ASSIM COMO VOCÊ!

2. DESSA FORMA, ME TRATE DE FORMA IGUAL. NÃO ME VEJA OU SE DIRIJA À MIM BASEADO EM ESTERIÓTIPOS INJUSTOS.

O QUE VOCÊ QUER DIZER?

Você provavelmente não quer comunicar TUDO na planilha.
Lembre-se do seu OBJETIVO (planilha 1.3)

1. **Circule** a informação na planilha que você considera importante ser ouvida.

2. **Faça uma observação** nas informações:

   a. que sejam muito pessoais (eu fui assaltado quando tinha 6 anos)
   b. que o expectador possa não entender (às vezes ouço a voz de Deus)

Sugestões de como contar uma história – falar em público pode ser uma experiência desafiadora, mesmo quando se conta a própria história. Há várias considerações, listados na tabela 3.2 que podem melhorar o estilo da sua apresentação. Em primeiro lugar, você precisa sentir-se confiante. Esse sentimento é alcançado quando você se convence de que sua história é importante.

"A minha história desafia o estigma da sociedade."

Você também deve reconhecer que sua apresentação é interessante. Os especialistas em oratória dizem que relatar uma experiência pessoal é a melhor forma de conseguir a atenção dos expectadores. Como um mestre de cerimônias já disse:

"As pessoas gostam de ouvir assuntos de interesse pessoal, os pequenos detalhes que aconteceram na sua vida. "

Tabela 3.2: algumas considerações para se falar em público

- Confiança	- Simplicidade
- Importância	- Entusiasmo
- Interesse	- Energia

LIDANDO COM O NERVOSISMO DA APRESENTAÇÃO EM PÚBLICO (frases que as pessoas podem dizer à si mesmas)

- Estou feliz de estar aqui
- Estou feliz de ter vocês aqui
- Eu sei o mesmo que vocês
- E eu me importo com vocês

(Dorothy Sarnoff)

Preparação
É necessário para acalmar e se sair bem em público.

Questões relacionadas à preparação

- Apresentações longas podem tornar-se cansativas e mecânicas.
- Muitas considerações ou críticas sobre a história de alguém podem produzir ansiedade.
- Planejamentos extensos requerem várias horas de preparação, tempo esse que a maioria das pessoas não dispõem.

Também reconheça que a sua história é modesta. Você não está tentando dar um ultimato em doença mental. Nem também tentando levantar todos os estereótipos em uma apresentação de trinta minutos. O seu objetivo é fazer com que os ouvintes tenham uma visão geral sobre a vida de alguém com doença mental e que não age da forma que o estereótipo sugere. Lembre-se da importância do entusiasmo e energia: eles são

fatores contagiantes e fazem com que os ouvintes foquem no que você está falando. O entusiasmo faz com que as pessoas acreditem que a sua mensagem é importante e interessante, O entusiasmo é comunicado através da energia. Nunca permaneça sentado enquanto fala: procure se levantar, caminhe e gesticule quando necessário. Encare o público de frente e procure olhar nos olhos das pessoas. Fale alto e varie o tom emocional da sua voz e da expressão facial.

Quanto tempo antes devo preparar minha apresentação? Existem vantagens e desvantagens entre uma preparação extensa e breve. As duas devem ser consideradas para que você possa fazer a melhor escolha levando em conta a que melhor se aplica no seu caso. Na preparação extensa é necessário registrar tudo o que irá ser falado ou elaborar um esboço com exemplos específicos de cada questão. Este tipo de preparação também inclui ensaios com amigos que podem auxiliá-lo com feedback sobre os pontos mais fortes da história, bem como fazer sugestões sobre o que pode ser alterado. As vantagens da preparação extensa são muitas: aqueles que optam por ela, irão certamente contar uma história de forma bem organizada cobrindo todos os elementos essenciais, cometerão poucos erros e estarão melhor preparados para qualquer tipo de reação do público. Alguns palestrantes também podem optar por usar recursos visuais para ilustrar os pontos chaves da história. Por exemplo, você pode mostrar slides fotográficos da sua infância ilustrando a “normalidade” da sua vida. Por outro lado, a preparação extensa pode tornar-se repetitiva por conta da prática da rotina. Além do que muitos palestrantes consideram a repetição de considerações e críticas sobre sua história um fator preponderante para aumentar a ansiedade. Às vezes é melhor apenas “fazer” a apresentação ao invés de passar grande parte do tempo pensando sobre o que os outros irão pensar. Por último, a preparação extensa requer várias horas de planejamento antes da apresentação em si, tempo esse, que muitas pessoas não dispõem. Há várias vantagens em uma preparação breve. Por exemplo, algumas pessoas são capazes de elaborar um resumo interessante sobre suas experiências com doença mental com não mais do que meia dúzia de anotações. Eles acreditam que esse método é mais relaxante e permite que o apresentador lance mão de alguns tópicos que enderecem os interesses específicos da plateia. Por exemplo, Teresa percebeu que seu público era formado por várias pessoas sem teto.

Preparações breves também podem apresentar desvantagens. Muitas pessoas sentem-se incapazes de relatar uma história organizada sem antes fazer um rascunho de suas ideias. Sem esse tipo de organização, o público pode ficar confuso sobre a proposta da apresentação. Como consequência, o efeito sobre a estigmatização das atitudes pode deixar de ser mencionado.

Vamos tentar: para aqueles que assim desejam, poderão então apresentar suas histórias aos participantes. Escolha um estilo e conte as partes do enredo que funcionam para você. Enquanto você OUVE, o objetivo é APOIAR. Ouça atentamente os seus colegas e elogie a pessoa pela sua mensagem e coragem.

Faça um rodízio: depois da finalização, complete a planilha 3.2 Qualidade da Experiência, na página seguinte. Essa planilha lista uma série de perguntas sobre os seus sentimentos relatados na sua apresentação. Depois que todos contarem suas histórias e completarem as planilhas, compartilhe a pontuação e sua experiência com os outros membros do grupo.

Planilha 3.2

A Qualidade da Experiência

Utilize a escala de sete pontos para avaliar a qualidade da sua experiência ao contar sua história de doença mental. Se houver outros sentimentos que você tenha experimentado ao contar sua história, por favor, escreva no final da página. Não anule nenhum sentimento que você tenha tido, mesmo que os considere tolos; eles são realmente importantes para desenvolver sua estratégia para a revelação.

Quão empoderado você se sente após contar a sua história?

Nem um pouco empoderado			moderadamente empoderado			muito empoderado
1	2	3	4	5	6	7

Quão terapêutico é sua história?

Nem um pouco terapêutico			moderadamente terapêutico			muito terapêutico
1	2	3	4	5	6	7

Quão ansioso você sentiu-se ao contar a sua história?

Nem um pouco ansioso			moderamente ansioso			muito ansioso
1	2	3	4	5	6	7

Quão positiva foi a sua experiência em contar a sua história?

Nem um pouco Positiva			moderadamente positiva			muito positiva
1	2	3	4	5	6	7

Por favor anote qualquer outro detalhe que não tenha sido discutido sobre a qualidade da sua experiência ao contar sua história.

2 DANDO A VOLTA POR CIMA ATRAVÉS DA SOLIDARIEDADE E DA AJUDA DO PARCEIRO.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- A solidariedade com as parcerias pode facilitar o processo.
- Há muitos tipos e características de trabalho com parcerias.

A pesquisa sobre programas na tentativa de eliminar o estigma público, procurou corrigir o problema apelando para a normalidade ou solidariedade. A fim de desafiar o preconceito público, alguns programas apresentam a doença mental em termos de normalidade: “pessoas com distúrbios psiquiátricos são como eu”! Pessoas com doença mental são aconselhadas a manter sua identidade em segredo, para passarem como normais.

”Dando a volta por cima”, promove uma perspectiva diferente; as pessoas percebem que experiências com doença mental são uma grande parte delas mesmas. Ao invés de manter o silêncio, elas querem compartilhar com outras pessoas. Ao invés de passarem como normais, as pessoas querem ser aceitas pelo que são. A SOLIDARIEDADE é a alternativa, o desejo e a expectativa que o público vivencia conosco sobre como somos e para quem somos. As pessoas que estão “dando a volta por cima” na doença mental estão fazendo isso. Uma possibilidade é unir-se à campanha de SOLIDARIEDADE apoiada por essa marca e desenvolvida após considerável pesquisa de mercado. Nós encorajamos as pessoas a espalhar largamente esse projeto. A planilha 3.3 fornece diferente tamanhos da marca que os participantes podem cortar e usar como quiserem.

Eu apoio a doença mental

“Eu apoio a doença mental” tem dois significados

- Eu apoio orgulhosamente minha própria doença como um exemplo de recuperação.
- Eu sou solidário com as pessoas que lidam com suas próprias doenças mentais.

Solidariedade também tem dois significados.

- “Dar a volta por cima” fica mais fácil quando eu tenho o apoio dos meus parceiros.
- Eu espero que os outros me apoiem como eu sou.

Planilha 3.3

A marca “Dar a Volta Por Cima”

Eu apoio a doença mental

O que você acha da ideia de SOLIDARIEDADE?

“Dar a volta por cima” pode ser mais fácil quando uma pessoa decide unir-se a um grupo de ajuda. Isto pode ser feito informalmente, como por exemplo unir-se a um grupo de amigos que compartilhem experiências de vida. Porém, aqui falamos em programas de ajuda mais formais, mais comumente denominados de programas de ajuda em parceria. Programas assim que incluem auto ajuda e programas de assistência mútua, são talvez os melhores tipos de programa que promovem o empoderamento. Como o próprio nome sugere, o programa de ajuda em parceria foi desenvolvido por parceiros para parceiros.

Aonde encontro esses programas? Um ótimo programa para começar é através da planilha 3.4 aonde os participantes devem listar todos os programas que consigam imaginar.

Depois disso, o grupo produz uma lista matriz.

Planilha 3.4

Aonde devo ir para encontrar programas de ajuda em parceria?

Liste todos os programas de ajuda em parceria que você conhece e o que aprecia neles.

Nome do programa	Informações sobre contato	O que aprecio no programa
1.		
.2.		
3.		
4 .		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Outros lugares para procurar: Programas em parceria estão lentamente surgindo ao redor do mundo. Nós listamos aqui recursos que indicam como tais programas podem ser encontrados em diversas localidades.

A União Européia A rede europeia de ex usuários e sobreviventes de instituições psiquiátricas em cada país e na língua de cada país. http://www.enusp.org.

Os Estados Unidos da América A instituição nacional de auto ajuda e saúde mental Cleringhouse tem um incrível serviço online de auto ajuda. http://www.cdsdirectory.org.

A lista é dividida por estados ou CEP e pode ser procurada e acessada por uma série de programas e categorias que variam desde apoio e ajuda em parceria até recuperação. Os serviços de operação de consumo estão rapidamente mudando nos EUA. Cada estado agora tem um equivalente a um Órgão de Relacionamento com o Consumidor. Para contatar esses órgãos, acesse: http://www.nasmhpd.org/general_files/Rosters/NACSMHA%2010-7-11.pdf

No Brasil:

1- Programa de volta para casa.

O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade.

Garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

2- Open Doors

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que em 2006 completa 40 anos, está lançando a campanha "Saúde mental: quebrando preconceitos, salvando vidas" com o objetivo de informar, educar, apoiar e conscientizar os portadores de doenças mentais, seus familiares, profissionais de saúde e a sociedade de modo geral sobre a natureza desses transtornos e suas possibilidades de tratamento.

Centradas no combate ao estigma e à discriminação, as ações serão desenvolvidas visando construir uma grande rede de apoio, promover atividades que auxiliem a inclusão social e conscientizar os setores mais envolvidos com o tratamento e a vida social dos pacientes.

De acordo com a ABP, a falta de informação sobre transtornos como ansiedade, depressão e esquizofrenia dificulta o tratamento e prolonga a dor das 450 milhões de pessoas que passam por problemas mentais, neurológicos ou comportamentais no mundo. Muitas vezes, o senso comum classifica injustamente esses pacientes como violentos, imprevisíveis ou incapazes.

"O estigma atrapalha o processo de reconhecimento e aceitação da doença, impede ou prejudica a busca e a adesão ao tratamento, interfere na convivência familiar e na comunidade", diz o material de divulgação da ABP. Para Cecília Villares, uma das coordenadoras da campanha, o preconceito perpetua o isolamento e o sofrimento dessas famílias, dificultando o acesso a grupos de apoio. "Quando ninguém acredita em sua capacidade de recuperação, o paciente sozinho não consegue vencer a vergonha e a baixa auto-estima para retomar os estudos, o trabalho e a circulação social", constata.

Vasto material sobre saúde mental pode ser encontrado nos sites www.abpbrasil.com.br, www.soesq.org.br, www.proesq.org.br e www.openthedoors.com. O telefone da Associação Brasileira de Psiquiatria é (21) 2199-7500.

.

3. Como foi?

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

• Aprenda a avaliar uma questão específica da revelação.

Essa sessão fornece um guia sobre como avaliar uma questão específica da revelação. A planilha 3.5 na página seguinte fornece todos os passos para acessar uma interação na qual sua exposição com alguém tenha sido positiva ou negativa. Para completar a planilha 3.5, primeiro indique com quem você se expôs, a data em que a conversa aconteceu e o lugar. Isso irá ajudar a registrar quando os elementos da exposição foram bem ou mal sucedidos e também podem ajudá-lo a mudar as estratégias da próxima vez. Em seguida, considere quais foram seus objetivos quando você se expôs com essa pessoa. Na próxima tabela, anote o que você falou para a pessoa, lembre-se de ser específico. Novamente, isto irá lhe ajudar a manter um registro das palavras chaves que foram bem ou mal sucedidas enquanto você se expressava. Na tabela do meio da página, escreva como a pessoa reagiu à sua exposição. Seria também importante você anotar o tom de voz e a linguagem corporal, principalmente se esta não coincide com a oralidade. Por fim, selecione quão satisfeito você ficou com o compartilhamento e quão positivo você classificaria o compartilhamento em uma escala de 1 a 7. Adicione as duas classificações no total de pontos. Um total maior do que 10 sugere que a experiência foi um sucesso e valeria a pena repeti-la. Um total menor do que 6 significa que você não foi tão bem e é necessário se fazer uma avaliação do que ocorreu. Pontuações entre 6 e 10 significam que mais informações são necessárias antes de dar continuidade ao processo.

Planilha 3.5

Detalhes da sua Exposição – Como foi?

Nome da pessoa com que você se expôs: _____

Data da revelação: _____ Lugar da revelação: _____

Seu objetivo(s):

-
-
-

O que você disse:

-
-
-

Reação da pessoa

-
-
-

____Quão satisfeito você está com o compartilhamento?

Nem um pouco Satisfeito		moderadamente satisfeito				muito satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

_____Quão positivo foi o compartilhamento?

Nada positivo			moderadamente positivo			muito positivo
1	2	3	4	5	6	7

Pontuação total

Mais do que 10: experiência foi boa, vale a pena tenta novamente.

Menos do que 6: Não tão bom. O que deu errado?

Entre 6 e 10: Necessita-se de mais informação para tentativas futuras.

4. JUNTANDO TUDO

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- Resuma as ideias das folhas fornecidas neste livro de trabalhos.
- Decida como você gostaria de dar continuidade à questão da revelação.

Nós finalizamos o programa com uma pausa para ideias e redirecionamento. Na planilha 3.6, as perguntas são fornecidas para que os participantes possam resumir suas ideias e decidir sobre futuros redirecionamentos. Complete a tabela e então compartilhe em parceria. Após terminar a discussão com um parceiro, volte para o grupo maior e discuta uma ou duas decisões que tenha tomado sobre "dar a volta por cima" e a continuidade do programa.

Planilha 3.6

Ideias e Redirecionamento Futuro

Reflita sobre o que aprendeu neste programa e responda as questões abaixo. O objetivo das perguntas é promover a discussão, portanto sinta-se à vontade para fazer qualquer comentário ou consideração que queira para discutir posteriormente com o grupo.

Questões para a discussão
• O que você aprendeu sobre estigma e dar a volta por cima com este programa? • Quais são os custos e benefícios de se dar a volta por cima? Você conseguiria fazer isso em alguns lugares? Quais? *(planilha 1.3)*

- Quais formas se aplicariam para você “dar a volta por cima”? *(planilha 2.2)*

- Com quem você faria sua exposição? (*planilha 2.3)*

• *Como você se sente sobre estigmatizar as respostas dos outros? (planilha 2.4)*

• *O que você acha da sua história? Como você pode melhorá-la? (planilha 3.1 e 3.2)*

• *Existem programas de parcerias que podem ajudar você? (planilha 3.4)*

• Dado tudo isso, liste três coisas que você pode fazer em termos de "dar a volta por cima" no futuro.

O

O

O

Apêndice I. Esse programa ajudou?

Algumas pessoas querem saber se completar o programa pode ajudá-las. Nós acreditamos que as pessoas que completem esse programa irão experimentar um grande senso de empoderamento pessoal. Uma maneira de acessar o empodramento é completando a Escala de Auto Avaliação de Empoderamento Pessoal. Note que ela aparece duas vezes na Planilha 3.7: uma que descreve **ANTES DE PARTICIPAR DO PROGRAMA**, e outra que diz **DEPOIS DE PARTICIPAR DO PROGRAMA.** A estratégia é completar a escala **ANTES e DEPOIS** e então examinar as diferenças a fim de avaliar se houve progresso.

Os leitores devem responder as perguntas na escala a fim de avaliar se eles superaram o estigma, ou se ganharam algum senso de empoderamento. O gabarito para a escala e o guia para interpretação pode ser encontrada no fim desta página; Complete toda a escala antes de acessar o gabarito.

Gabarito da Planilha 3.7

O total da tabela 1 representa as visões sobre o empoderamento através de você mesmo: auto estima, otimismo futuro e eficácia. A pontuação da tabela 1 menor do que 8 sugere que você não tem muito empoderamento em relação a você mesmo. Neste caso você vai se beneficiar das sugestões para melhorar o empoderamento que são listados nessa aula

O total da tabela 2 representa as visões sobre o empoderamento através da sua comunidade: ira controlada e vontade de agir. A pontuação na tabela 2 menor do que 8 sugere que você está indeciso sobre desafiar a sua comunidade e seus estigmas. Você irá se beneficiar das estratégias de empoderamento bem como das tentativas anti-estigma revisadas na aula.

Planilha 3.7

ANTES DE PARTICIPAR DO PROGRAMA

Escala de Auto Avalição de Apoderamento Pessoal

Classifique o seu nível de concordância com as afirmações da escala

Descordo plenamente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo plenamente
1	2	3	4	5

__1. Eu sou capaz de atingir meus objetivos pessoais.
__2. Eu quero mudar a visão da minha comunidade sobre doença mental.
__3. Eu tenho controle sobre o meu tratamento.
__4.É normal que eu sinta raiva das pessoas que estigmatizam a doença mental.
__5. Eu não sou uma pessoa ruim só porque sou doente mental.
__6. Podemos vencer o estigma, se trabalharmos juntos.
__7.Tudo vai melhorar no futuro.
__8. Eu vou lutar contra o estigma.
__9.Tudo bem se eu tenho uma doença mental.
__10. Eu fico louco com a forma pela qual a doença mental é retratada pela tv.

Pontuação

tabela 1

Coloque o total de

todos os números ímpares na tabela 1.

tabela 2

Coloque o total

de todos os números pares na tabela 2

APÓS PARTICIPAR DO PROGRAMA

Escala de Auto Avalição de Empoderamento Pessoal

Classifique o seu nível de concordância com as afirmações da escala

DIscordo plenamente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo plenamente
1	2	3	4	5

__1. Eu sou capaz de atingir meus objetivos pessoais.
__2. Eu quero mudar a visão da minha comunidade sobre doença mental.
__3. Eu tenho controle sobre o meu tratamento.
__4.É normal que eu sinta raiva das pessoas que estigmatizam a doença mental.
__5. Eu não sou uma pessoa ruim só porque sou doente mental.
__6. Podemos vencer o estigma, se trabalharmos juntos.
__7.Tudo vai melhorar no futuro.
__8. Eu vou lutar contra o estigma.
__9.Tudo bem se eu tenho uma doença mental.
__10. Eu fico louco com a forma pela qual a doença mental é retratada pela tv.

Pontuação

tabela 1

Coloque o total de todos os números ímpares na tabela 1.

tabela 2

Coloque o total de todos os números pares na tabela 2

A escala de auto avaliação fornece duas pontuações para as pessoas que completem a lista. Eles representam as duas formas com que o empoderamento impacta a pessoa com doença mental. As pessoas que se sentem empoderadas tem maior auto estima, acreditam que tem mais poder sobre suas vidas e são em geral mais otimistas sobre o futuro. Uma pontuação baixa na escala (menor do que 8) sugere que a pessoa não se sente empoderada. Alternadamente, o empoderamento pode afetar a visão de uma pessoa sobre o preconceito e na verdade participar em ações civis que combatam o estigma. Uma pontuação baixa (menor do que 8) significa que a pessoa está intimidada pelo estigma público e faz pouco para combatê-lo.

Comparando as pontuações

Agora transfira a sua pontuação **ANTES DE** participar no programa que foram colocadas na tabela 1 e 2 (planilha 3.7) para a planilha 3.8. Use o total da tabela 1 (você) e trace uma barra até o número correspondentes. Tenha certeza de traça-lo acima da seção **ANTES DE** participar. Faça o mesmo para a tabela 2 (comunidade). Utilize um lápis ou marcador de outra cor para a pontuação da tabela 2 e desenhe a barra na seção **ANTES DE** participar.

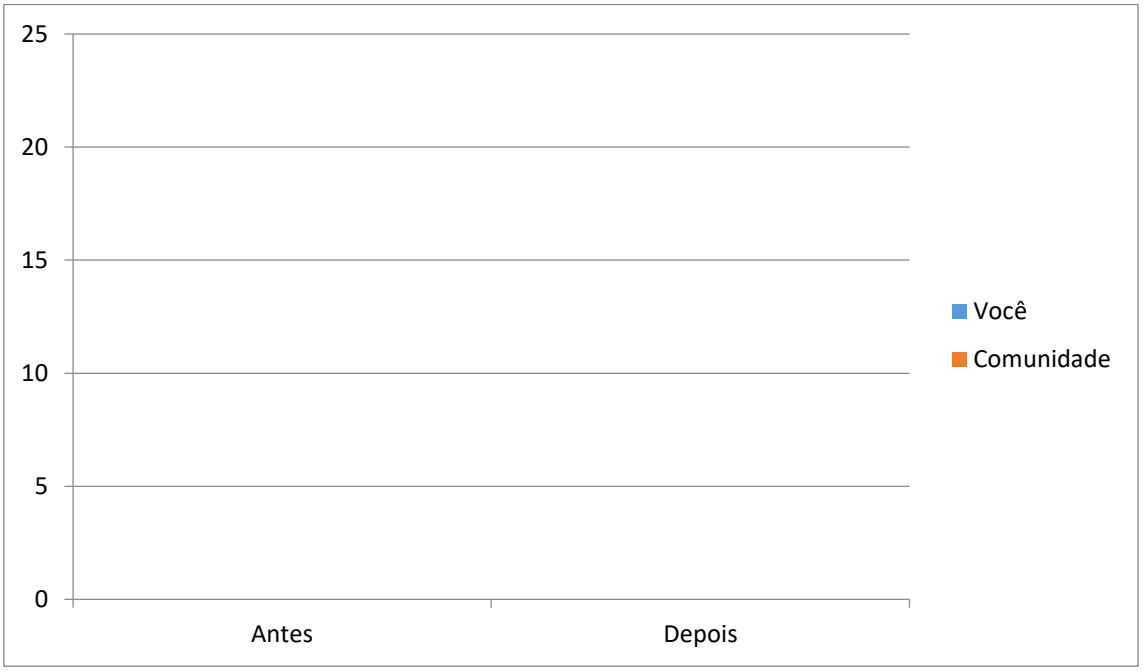
Agora transfira a sua pontuação de **APÓS** participar do programa que você colocou na tabela 1 e 2 (planilha 3.7) para a Planilha 3.8. Use o total da tabela 1 (você) e trace uma barra até o número correspondente. Tenha certeza de traça-lo acima da seção **APÓS** participar. Lembre-se de usar a mesma cor que você usou na tabela 1 (você) da seção **ANTES DE** participar. Então faça o mesmo na tabela 2 (comunidade). Utilize o mesmo lápis ou marcador que você previamente usou na tabela 2 (comunidade).

Observe o gráfico das barras. Qual a diferença da pontuação entre **ANTES DE** participar e **APÓS** participar? A sua pontuação de **APÓS** participar no programa é mais alto do que **ANTES DE** participar? Essas informações podem lhe ajudar a entender se o programa lhe ajudou ou não.

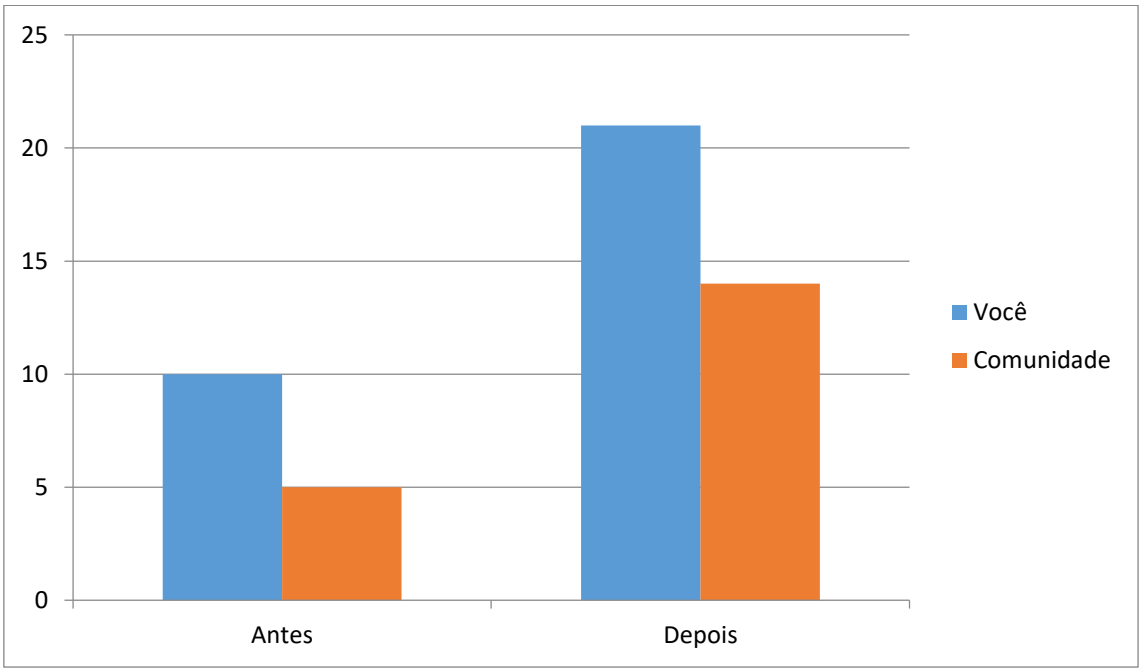
Planilha **3.8**

Comparando os seus resultados sobre o empoderamento em relação a você e a comunidade.

Pegue sua pontuação da Planilha 3.7 e coloque no gráfico de barras abaixo. Use diferentes cores e marcadores para diferenciar o empoderamento entre VOCÊ e a COMUNIDADE. Comparando a sua pontuação **ANTES DE** participar no programa e **APÓS** participar no programa, irá lhe dar um entendimento se o programa lhe ajudou ou não.



Aqui está um exemplo do progresso no empoderamento VOCÊ e COMUNIDADE depois de participar no programa de dar a volta por cima.



Anexo D – Qualidade de vida

Número: data:

Qualidade de vida

Por favor, responda todas as questões utilizando a escala de pontos apresentada em cada sessão:

- Frequência de contato social

Com qual frequência você faz as seguintes coisas?

5= diariamente, 4= semanalmente, 3= mensalmente, 2= menos de uma vez por mês, 1= nunca

____ Reúne-se com outras pessoas em casa para jogar cartas, jogos ou alguma outra atividade?

____Tenta fazer amigos com as pessoas do bairro em que mora?

____Senta e fala com outros pacientes que frequentam o mesmo grupo que você?

____ Fala com membros da equipe?

____Visita alguém fora de casa e do seu bairro?

____ Mantém contato com alguém por telefone?

____Escreve cartas/e-mail para alguém?

____Faz algo com outra pessoa que você planejou com antecedência?

____ Passa o tempo com alguém que você considera mais do que um amigo, como um namorado ou namorada?

____Passa o tempo com amigos próximos?

- Satisfação com suas relações sociais

Como você se sente sobre:

Responda as opções: 1=péssimo, 2=infeliz, 3 = um pouco insatisfeito, 4 = indiferente, 5 = um pouco satisfeito, 6 = satisfeito, 7 = muito satisfeito

____Com as coisas que você faz com outras pessoas?

____Com a quantidade de tempo que você gasta com outras pessoas?

____As pessoas que você encontra socialmente?

____Quanto você se dá bem com as pessoas em geral?

____Qual a possibilidade de você conhecer pessoas com quem você pode realmente se sentir confortável?

____Com a quantidade de amigos em sua vida?

____Com a quantidade de amor em sua vida?

____ Com sua vida sexual?

Quantidade de atividades de lazer

Qual das coisas listadas nesta folha que você fez durante a semana passada?

Por favor diga “ Sim” ou “ Não”.

_____Foi caminhar.

_____Foi ao cinema ou ao teatro.

_____Assistiu televisão.

_____Fez compras.

_____Foi ao restaurante ou a um café.

_____Foi a um bar.

_____Leu um livro,revista ou jornal.

_____Ouviu radio.

_____Jogou cartas.

_____Saiu para passear de ônibus ou carro (sem contar a vinda até o hospital).

_____Preparou uma refeição.

_____Trabalhou em um hobby.

_____Praticou um esporte.

_____Foi a uma reunião ou a alguma organização ou grupo social.

_____Foi a um parque.

_____Foi a uma biblioteca.

Satisfação com atividades de lazer

Como você se sente sobre:

Responda as opções: 1 = péssimo, 2 = infeliz, 3 = um pouco insatisfeito, 4 = indiferente, 5 = um pouco satisfeito, 6 = satisfeito, 7 = muito satisfeito

_____A maneira como você gasta o seu tempo livre?

_____A quantidade de tempo que você tem para fazer as coisas que você quer fazer?

____ A possibilidade de você aproveitar para desfrutar coisas agradáveis ou bonitas?

____A quantidade de diversão que você tem?

____Quanto se sente relaxada na sua vida?

____O prazer que você obtém da TV ou do rádio?

Anexo E – Escala de autoestima de Rosenberg

Número: Data:

Escala de Autoestima de Rosenberg

Leia cada frase com atenção e faça um círculo em torno da opção mais adequada.

1 - Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo tanto quanto as outras pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

2 - Eu acho que eu tenho várias boas qualidades.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

3 - Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

4 - Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

5 - Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

6 - Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

7 - No conjunto, eu estou satisfeito comigo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

8 - Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

9 - Às vezes eu me sinto inútil.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

10 - Às vezes eu acho que não presto para nada.

(1) Discordo Totalmente (2) Discordo (3) Concordo (4) Concordo Totalmente

Anexo F – Assumindo a doença mental (COMIS)

Número: Data:

Assumindo a Doença Mental (COMIS)

O que você pensa sobre a sua doença mental?

Em outras palavras, você já decidiu contar para a maioria de seus familiares, amigos e

conhecidos que você tem uma doença mental? Você já decidiu não esconder isso?

Se sim,marque aqui _____ e responda todas as questões listadas na página 2.

Se não, marque aqui _____ e responda todas as perguntas na página 4 desta apostila.

pagina 2

Agora, por favor responda as demais questões, utilizando esta escala de sete pontos.

Escreva cada pontuação no espaço em branco antes de cada item

1	2	3	4	5	6	7
concorda			não concorda			discorda
totalmente			nem discorda			totalmente

_____Eu revelei sobre minha doença mental para ganhar a aceitação dos outros.

_____Eu revelei sobre minha doença mental para ampliar minha rede de familiares, amigos e outros.

_____Eu revelei sobre minha doença mental para apoiar o movimento anti psiquiátrico/causas políticas.

_____Eu revelei sobre minha doença mental porque eu estava confortável comigo mesma.

_____Eu revelei sobre minha doença mental para ser verdadeiro comigo mesmo.

_____Eu revelei sobre minha doença mental para ser mais feliz.

_____Eu revelei sobre minha doença mental para ajudar outras pessoas com o processo de revelação.

_____ No passado eu não revelei sobre minha doença mental para evitar ser rotulado (como uma pessoa com doença mental).

_____ No passado eu não revelei sobre minha doença mental para evitar impacto negativo sobre o meu trabalho.

_____ No passado eu não revelei sobre minha doença mental para evitar prejudicar a minha família.

_____ No passado eu não revelei sobre minha doença mental para evitar prejudicar a minha identidade.

_____ No passado eu não revelei sobre minha doença mental para manter em sigilo minha vida pessoal.

_____ No passado eu não revelei sobre minha doença mental para manter a minha segurança pessoal.

_____ No passado eu não revelei sobre minha doença mental para não me sentir envergonhado.

_____ No passado eu não revelei sobre minha doença mental para evitar a exposição pública.

_____ No passado eu não revelei sobre minha doença mental para evitar a discriminação (por exemplo, no trabalho).

_____ No passado eu não revelei sobre minha doença mental para evitar tornar-me vulnerável.

_____Eu não revelei sobre minha doença mental para evitar estresse.

_____Eu não revelei sobre minha doença mental por que tive medo de reações negativas.

_____Eu não revelei sobre minha doença mental para estar de acordo com as demandas sociais.

_____Eu não revelei sobre minha doença mental para manter o controle da minha vida.

Agora, por favor, responda as demais questões, utilizando esta escala de sete pontos.

Escreva cada pontuação no espaço em branco antes de cada item

1	2	3	4	5	6	7
concorda totalmente			não concorda nem discorda			discorda totalmente

_____ No futuro eu revelarei sobre minha doença mental para ganhar a aceitação dos outros.

_____ No futuro eu revelarei sobre minha doença mental para ampliar minha rede de familiares, amigos e outros.

_____No futuro eu revelarei sobre minha doença mental para continuar filiado a movimentos políticos.

_____No futuro eu revelarei sobre minha doença mental para ficar confortável comigo mesmo.

_____No futuro eu revelarei sobre minha doença mental para ser verdadeiro comigo mesmo.

_____No futuro eu revelarei sobre minha doença mental para ser mais feliz.

_____No futuro eu revelarei sobre minha doença mental para ajudar outras pessoas com o processo de revelação.

_____ Eu não revelei sobre minha doença mental para evitar ser rotulado (como uma pessoa com doença mental)

_____ Eu não revelei sobre minha doença mental para evitar impacto negativo sobre o meu trabalho.

_____ Eu não revelei sobre minha doença mental para evitar prejudicar a minha família.

_____ Eu não revelei sobre minha doença mental para evitar prejudicar a minha identidade.

_____ Eu não revelei sobre minha doença mental para manter em sigilo minha vida pessoal.

_____Eu não revelei sobre minha doença mental para manter a minha segurança pessoal.

_____ Eu não revelei sobre minha doença mental para não me sentir envergonhado.

_____ Eu não revelei sobre minha doença mental para evitar a exposição pública.

_____ Eu não revelei sobre minha doença mental para evitar a discriminação (por exemplo, no trabalho).

_____ Eu não revelei sobre minha doença mental para evitar tornar-me vulnerável.

_____Eu não revelei sobre minha doença mental para evitar estresse.

_____Eu não revelei sobre minha doença mental por que tive medo de reações negativas.

_____Eu não revelei sobre minha doença mental para estar de acordo com as demandas sociais.

_____Eu não revelei sobre minha doença mental para manter o controle da minha vida.

Anexo G - Autenticidade

Número: Data:

Autenticidade

Agora, por favor, responda as demais questões, utilizando a numeração do acordo com esta escala de cinco pontos.

Escreva cada pontuação no espaço em branco antes de cada item

1	2	3	4	5
concorda totalmente		não concorda nem discorda		discorda totalmente

_____ "Eu acho que é melhor ser você mesmo, do que ser popular. "

_____ "Eu não sei como eu realmente me sinto por dentro."

_____ "Eu estou fortemente influenciado pelas opiniões dos outros."

_____ "Eu costumo fazer o que as outras pessoas me dizem para fazer."

_____ "Eu sempre sinto que eu preciso fazer o que os outros esperam que eu faça. "

_____ "Outras pessoas me influenciam muito."

_____ "Eu me sinto como se eu não me conhecesse muito bem."

_____ "Eu sempre mantenho o que eu acredito."

_____ "Eu sou fiel a mim mesmo na maioria das situações."

_____ "Eu me sinto fora de contato com o meu “eu verdadeiro”.

_____ "Eu vivo de acordo com meus valores e crenças."

_____ "Eu me sinto alienado de mim mesmo."

Anexo H – ISMI inventário de doença mental sobre estigma internalizado

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA HCFMUSP

Nùmero : **Data:**

ISMI inventario de doença mental sobre estigma internalizado

Neste questionário, será usado o termo "doente mental", mas, por favor, PENSE NISTO USANDO O TERMO QUE VOCÊ ACHA QUE MELHOR SE APLICA.

Para cada questão, por favor, diga se você discorda totalmente (1), discorda (2), concorda (3), ou concorda totalmente (4).

Proposições	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Você se sente fora de lugar no mundo por ter uma Doença mental.	1	2	3	4
2. Pessoas com doença mental tendem a ser violentas.	1	2	3	4
3. As pessoas te discriminam por você ter uma doença mental	1	2	3	4
4. Você evita se aproximar das pessoas que não tem Doença mental para evitar rejeição.	1	2	3	4
5. Você fica envergonhado ou constrangido por ter uma Doença mental.	1	2	3	4
6. Pessoas com doença mental não deveriam se casar.	1	2	3	4
7. As pessoas com doença mental fazem importantes contribuições para a sociedade.	1	2	3	4
8. Você se sente inferior aos outros que não possuem Doença mental..	1	2	3	4
9. Você não se socializa tanto quanto você costumava porque sua doença mental poderia te fazer parecer ou se comportar "estranho".	1	2	3	4
10. Pessoas com doença mental não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.	1	2	3	4
11. Você não fala muito sobre você mesmo porque você não quer incomodar os outros com a sua doença mental.	1	2	3	4
12. Imagens negativas sobre a doença mental te mantém afastado do mundo "normal".	1	2	3	4
13. Estar rodeado por pessoas que não tem uma Doença mental te faz sentir fora de lugar ou inadequado.	1	2	3	4
14. Você se sente à vontade quando está em público na companhia de uma pessoa considerada doente mental .	1	2	3	4

15. As pessoas freqüentemente te tratam com condescendência, ou te tratam como criança apenas porque você tem uma doença mental.	1	2	3	4
16. Você está desapontado consigo mesmo por ter uma Doença mental.	1	2	3	4

Anexo I – Avaliação cognitiva do Estigma como um estressor - COGAPP

Número: **Data:**

Avaliação cognitiva do Estigma como um estressor - COGAPP

Por favor, leia as instruções a seguir e avalie cada frase a partir de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

1. Preconceito contra as pessoas com doença mental terá um impacto negativo sobre o meu futuro.

discordo totalmente concordo totalmente

1 2 3 4 5 6 7

2. Preconceito contra as pessoas com doença mental vão ter consequências prejudiciais para mim.

discordo totalmente concordo totalmente

1 2 3 4 5 6 7

3. Preconceito contra as pessoas com doença mental vai afetar muitas áreas da minha vida.

discordo totalmente concordo totalmente

1 2 3 4 5 6 7

4. Preconceito contra as pessoas com doença mental terá um grave impacto na minha vida.

discordo totalmente concordo totalmente

1 2 3 4 5 6 7

5. Estou preparado para lidar com o preconceito contra as pessoas com doença mental.

discordo totalmente						concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

6. Eu tenho os recursos que preciso para lidar com problemas causados pelo preconceito contra as pessoas com doença mental.

discordo totalmente						concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

7. Vou fazer o melhor que posso para lidar com o preconceito contra as pessoas com doença mental.

discordo totalmente						concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

8. Eu sou capaz de enfrentar as questões surgidas pelo preconceito contra as pessoas com doença mental.

discordo totalmente						concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

Anexo J – Dificuldades de acesso aos cuidados médicos (BACE v3)

Número: **Data:**

Dificuldades de acesso aos cuidados médicos (BACE v3) [1]

Abaixo você pode ver uma lista de coisas que podem parar, atrasar ou desencorajar as pessoas de receber cuidados profissionais por um problema de saúde mental, ou continuar a buscar ajuda. Com cuidado profissional queremos dizer cuidado do pessoal de um NASF (núcleo de apoio a saúde da familia), de uma equipe de Saúde Mental Comunitária (coordenador por exemplo, cuidados, enfermeira de saúde mental ou assistente social de saúde mental), psiquiatra, conselheiro, psicólogo ou psicoterapeuta.

Alguma dessas questões já impediu, atrasou ou o desencorajou de obter, ou continuar com cuidado profissional para um problema de saúde mental?

Por favor, circule um número em cada linha para indicar a resposta que melhor lhe convier.

Para "não aplicável", por exemplo, se é uma pergunta sobre as crianças e você não tem filhos, por favor, assinale: “Não se aplica”.

	Questão	Isto tem impedido, atrasado ou me desencorajado **De forma nenhuma**	Isto tem impedido, atrasado ou me desencorajado **Um pouco**	Isto tem impedido, atrasado ou me desencorajado **Suficiente**	Isto tem impedido, atrasado ou me desencorajado **Muito**
1.	Estar em duvida de onde ir para obter o cuidado profissional	0	1	2	3
2.	Querer resolver o problema por conta própria	0	1	2	3
3.	A preocupação de que eu poderia ser visto como fraco por ter um problema de saúde mental	0	1	2	3
4.	Medo de ser colocado no hospital contra a minha vontade	0	1	2	3
5.	A preocupação de que isso possa prejudicar minhas chances quando me candidatar a um emprego Não se aplica ☐	0	1	2	3

6.	Problemas com transporte ou viagem para consultas	0	1	2	3
7.	Pensar que o problema se resolveria sozinho.	0	1	2	3
8.	A preocupação com o que minha família poderia pensar, dizer, fazer ou sentir	0	1	2	3
9.	Sentir-se constrangido ou envergonhado	0	1	2	3
10.	Preferindo obter formas alternativas de cuidados (por exemplo, de cura tradicional / religiosa ou terapias alternativas / complementares)	0	1	2	3
11.	Não ser capaz de arcar com os custos financeiros envolvidos	0	1	2	3
12.	A preocupação de que eu possa ser visto como "louco"	0	1	2	3
13.	Pensar que o cuidado profissional, provavelmente não ajudará	0	1	2	3
14.	A preocupação de que eu poderia ser visto como um mau pai. Não se aplica ☐	0	1	2	3
15.	Profissionais do meu próprio grupo étnico ou cultural não disponível	0	1	2	3
16.	Sentindo-se muito doente para pedir ajuda	0	1	2	3
17.	A preocupação que pessoas conhecidas possam descobrir	0	1	2	3
18.	Não gostar de falar sobre meus sentimentos, emoções ou pensamentos.	0	1	2	3
19.	A preocupação de que as pessoas podem não me levar a sério se descobrissem que eu estava tendo o cuidado profissional	0	1	2	3
20.	Preocupações sobre os tratamentos disponíveis (por exemplo, efeitos colaterais de medicamentos)	0	1	2	3
21	Não querer que um problema de saúde mental esteja no meu prontuário médico	0	1	2	3
22.	Tendo tido experiências anteriores ruins com cuidados profissionais para a saúde mental	0	1	2	3
23.	Preferir ter ajuda de familiares ou amigos	0	1	2	3

24.	A preocupação de que as crianças podem ser colocadas em atendimento ou que eu possa perder o acesso ou a custódia, sem o meu acordo Não se aplica ☐	0	1	2	3
25.	Pensando que eu não tenho um problema	0	1	2	3
26.	A preocupação com o que meus amigos possam pensar, dizer ou fazer	0	1	2	3
27.	Dificuldade de arrumar tempo fora do trabalho Não se aplica ☐	0	1	2	3
28.	A preocupação com o que as pessoas no trabalho possam pensar, dizer ou fazer Não se aplica ☐	0	1	2	3
29.	Ter problemas em cuidar das crianças enquanto estou em tratamento. Não se aplica ☐	0	1	2	3
30.	Não ter alguém que pudesse me ajudar a conseguir tratamento.	0	1	2	3

1. Barreiras aos cuidados de Avaliação (BACE) Scale (v3) do Instituto de Psiquiatria do Kings College London © 2011. Para obter permissão para usar e uma cópia do manual, entre em contato com o Dr. Sarah Clementsarah.clement @ kcl.ac.uk ou Professor Graham Thornicroft, graham.thorni

Anexo K – Classificação econômica

CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

Posse de itens

Posse de Itens	0	1	2	3	4 ou +
Televisão a cores					
Rádio					
Banheiro					
Automovel					
Empregada mensalista					
Maquina de lavar					
Vídeo cassete ou dvd					
Geladeira					
Freezer(aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto Analfabeto	**Até 3a. Série Fundamental**	
Primário completo / Ginasial incompleto	**Até 4a. Série Fundamental**	
Ginasial completo / Colegial incompleto	**Fundamental completo**	
Colegial completo / Superior incompleto	**Médio completo**	
Superior completo	**Superior completo**	

Anexo L – Termo de consentimento livre e esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M ☐ F ☐ DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE .....
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M ☐ F ☐ DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE: .....
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

II- DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA - **Avaliação de uma intervenção em grupo para facilitar a revelação do próprio diagnóstico e diminuir o autoestigma de pessoas com transtorno de humor, baseada no programa internacional Honest Open Proud (HOP)**

2. PESQUISADORES :

- Coordenador: Wagner Farid Gattaz. Professor Titular do Departamento de Psiquiatria do HC-FMUSP. Inscrição no Conselho Regional n° 25956
- Investigadores principais:

- Alexandre Andrade Loch. Instituto de Psiquiatria - FMUSP (Médico assistente)
- Martinus Theodorus Van de Bilt/ Instituto de Psiquiatria – FMUSP (Médico assistente)
- Arlete Modelli CRP 06/ 29392
- Viviane P.C. Setti CRP 06/92732

3. Departamento/Instituto:

Departamento de Psiquiatria/ Instituto de Psiquiatria da FM-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Convidamos o Sr(a). para participar desta pesquisa que tem como título: **Avaliação de uma intervenção em grupo para facilitar a revelação do próprio diagnóstico e diminuir o autoestigma de pessoas com transtorno de humor, baseada no programa internacional Honest Open Proud – "Dando a volta por cima".**

1– Justificativa::

Você está sendo convidado para participar de um estudo que procura ajudar pessoas com doença igual a sua, o transtorno de humor. Em geral, nos diagnósticos psiquiátricos, é frequente se manter em sigilo o diagnóstico como forma de proteger-se do estigma público, mas a longo prazo isso pode trazer consequências negativas, tais como: isolamento social, angústia e desemprego. Por isso esse programa visa trabalhar a questão do estigma e autoestigma através de encontros em grupo.

2– Procedimentos:

Os indivíduos serão selecionados nos ambulatórios do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), ou encaminhados pelos profissionais da Psiquiatria. Será realizada divulgação interna e externa sobre a pesquisa no instituto, através de panfletos, informe aos médicos e profissionais, que deverão encaminhar os pacientes ao serviço de psicologia. Os pacientes serão convidados a participar e responderão à pergunta de triagem, para identificar se a pontuação está dentro do esperado. Será realizada comparação entre um grupo baseado no programa Dando a volta cima e um grupo controle com intervenção específica, baseados em filme que tratam sobre o tema de diagnósticos psiquiátricos. Os indivíduos serão distribuídos em dois grupos; cada participante receberá um número, por ordem de entrada, e grupo controle e de intervenção serão divididos de acordo com a distribuição destes números segundo o site randomize.com . A intervenção consistirá em três lições de duas horas em cada grupo sendo uma sessão semanal ao longo de três semanas. Os grupos incluirão de seis a dez participantes. Duas psicólogas atuarão como facilitadoras.

3-Relação dos procedimentos rotineiros

Após a triagem, você será encaminhado para realização de avaliações, antes do início, no final e após 3 semanas dos términos do programa. Todas as avaliações serão realizadas presencialmente, com duração aproximadamente de duas horas, de modo a assegurar que os dados estejam completos e que os participantes possam fazer perguntas, em caso de dúvidas.

Essas avaliações consistem na aplicação de 9 escalas:

1. Qualidade de vida.

2. Escala de auto-estigma

3. Assumindo a doença mental;

4. Autenticidade;

5. Inventário de doença mental e estigma internalizado – ISMI;

6. Avaliação cognitiva do Estigma como um estressor - COGAPP

7. Barreiras de acesso aos cuidados médicos - BACE

Após a primeira avaliação, terá inicio o programa que está estruturado em 3 lições, que ocorrerão em 3 semanas consecutivas em encontros de 2 horas.

4- Descrição dos desconfortos e riscos esperados:

Por ser um estudo que vai necessitar de avaliações em 3 momentos diferentes, através da aplicação das escalas, você poderá a vir a apresentar certo cansaço por conta desta quantidade de avaliações. Além disso, você deverá comparecer uma vez por semana por 3 semanas seguidas até o instituto de Psiquiatria para participar do programa estruturado em 3 lições, previstas no estudo; isto pode também trazer algum cansaço.

5 – Benefícios para o participante:

Espera-se que a intervenção reduza o estresse associado ao sigilo/divulgação, bem como reduza o autoestigma, a vergonha, a necessidade de sigilo, o isolamento social, o estresse relacionado ao estigma e o estigma como uma barreira para procurar ajuda. Outros possíveis benefícios da intervenção é o fortalecimento dos participantes em lidar com sua doença mental e minimizar possíveis reações sociais negativas, trazendo aumento da autonomia, autoestima, proatividade e qualidade de vida.

6- Sigilo e confidencialidade:

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação dos participantes. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em local seguro.

7 – Garantia de acesso:

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O investigador que me orientou sobre este consentimento é a psicóloga Arlete Modelli, que pode ser encontrada no endereço: Rua Ovídio Pires de Campos 785, quarto andar, Telefone(s)_26616274__. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; E-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

19 – Você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

12 – O pesquisador tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **“Avaliação de uma intervenção em grupo para facilitar a revelação do próprio diagnóstico e diminuir o autoestigma de pessoas com transtorno de humor, baseada no programa internacional Honest Open Proud – “Dando a volta por cima”.**

Eu discuti com a psicóloga _Arlete Modelli_ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante

o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

Anexo M – Parecer consubstanciado do CEP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - HCFMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de uma intervenção em grupo para facilitar a revelação do próprio diagnóstico e diminuir o autoestigma de pessoas com transtorno de humor, baseada no programa internacional Coming Out Proud

Pesquisador: Wagner Farid Gattaz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57068216.3.0000.0068

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.751.942

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem como objetivo avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo com pacientes com diagnóstico de transtorno de humor, baseada no manual "Coming Out Proud" (PW Corrigan) que visa refletir sobre as implicações para os pacientes de expor socialmente seu diagnóstico. Serão avaliados 60 pacientes, sendo 30 pacientes no grupo controle e 30 pacientes no grupo que fará a intervenção conforme as orientações do manual.

Acredita-se que os pacientes que sofrerem a intervenção poderão se beneficiar do trabalho desenvolvendo certo empoderamento frente ao estigma.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo com pacientes com diagnóstico de depressão e transtorno bipolar, baseada no manual " Coming Out Proud ", PW Corrigan - que visa refletir sobre as implicações para os pacientes de expor socialmente seu diagnóstico.

Objetivo Secundário:

- Identificar se a intervenção reduz o auto estigma, a vergonha, o sigilo, isolamento social, o estresse relacionado com o estigma e o estigma como uma barreira para procurar ajuda, quando comparado com o grupo controle. (Nossa hipótese é que a intervenção irá aliviar o impacto

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

negativo do estigma sobre os indivíduos em termos da diminuição da vergonha, do sigilo, o isolar-se e o estresse com o estigma, em comparação com o grupo
controle, tanto no final da intervenção e após 1 mês de seguimento.) - Identificar se a intervenção aumenta a autonomia, auto estima, divulgação relacionada a auto eficácia e qualidade de vida, em comparação ao grupo controle. (Esperamos que a intervenção irá fortalecer os indivíduos a lidar com sua doença mental e possíveis reações sociais negativas, ou seja, aumento de empoderamento, auto estima, auto eficácia e qualidade de vida, em comparação ao grupo controle, tanto no final da intervenção e após 1 mês de seguimento.) - Identificar se a intervenção reduz o estresse relacionado ao sigilo/divulgação em comparação ao grupo controle. (Espera-se que a intervenção irá reduzir o estresse associado com o sigilo/divulgação, em comparação com o grupo controle, tanto no final da intervenção e em 3 semanas de seguimento.)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

risco minimo

Benefícios:

A realização deste projeto possibilitará uma forma curta e rápida de intervir com pacientes portadores de transtorno de humor que experienciem situações de estigma promovendo uma maneira de empoderamento frente ao autoestigma. Outro ponto importante se refere ao uso em setores públicos de serviços de saúde mental, sendo esse um combate amplo ao estigma.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram atendidas as recomendações do parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram atendidas as recomendações do parecer anterior. Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c)apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP - HCFMUSP

Continuação do Parecer: 1.751.942

a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_698615.pdf	07/09/2016 22:21:00		Aceito
Outros	carta_arlete.pdf	07/09/2016 22:20:15	Wagner Farid Gattaz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Arlete_pronto.doc	07/09/2016 22:19:34	Wagner Farid Gattaz	Aceito
Outros	Online_assinado.pdf	18/05/2016 14:59:03	Wagner Farid Gattaz	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	18/05/2016 14:49:47	Wagner Farid Gattaz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa.pdf	18/05/2016 14:43:37	Wagner Farid Gattaz	Aceito
Folha de Rosto	folha_assinada.pdf	18/05/2016 14:41:05	Wagner Farid Gattaz	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 29 de Setembro de 2016

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

REFERÊNCIAS

10 REFERÊNCIAS

Ainlay SC, Becker G, Colman LM. *The dilemma of difference*: a multidisciplinary view of stigma. New York: Plenum; 1986a.

Ainlay SC, Colman LM, Becker G. A. Stigma reconsidered. In: Ainlay SC, Becker G, Colman LM. *The dilemma of difference*: a multidisciplinary view of stigma. New York: Plenum; 1986b. p.1-13.

Allport GW. The nature of prejudice. 3rd ed. Wokingham: Addison-Wesley; 1954.

American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-5. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Florescu S, Gureje O, Hinkov HR, Hu C, Huang Y, Hwang I, Jin R, Karam EG, Kovess-Masfety V, Levinson D, Matschinger H, O'Neill S, Posada-Villa J, Sagar R, Sampson NA, Sasu C, Stein DJ, Takeshima T, Viana MC, Xavier M, Kessler RC. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med*. 2014;44:1303-17.

Associação Brasileira de Psiquiatria. *Propostas de diretrizes técnicas para assistência integral em saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: ABP; 2009.

Ballarin MLGS, Blanes LS, Ferigato SH. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais de saúde mental. *Interface Comun Saúde Educ*. 2012;16:767-78.

Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:51-4.

Basaglia F, coordenador. *A instituição negada*: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1985.

Becker G, Arnold R. Stigma as a social and cultural construct. In: Ainlay SC, Becker G, Colman LM. *The dilemma of difference*: a multidisciplinary view of stigma. New York: Plenum; 1986. p.39-57.

Bhui K, Warfa N, Edonya P, McKenzie K, Bhugra D. Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:15.

Bordieri J, Drehmer DE. Hiring decisions for disabled workers: looking at the cause. *J Appl Soc Psychol*. 1986;16:197-208.

Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: advances in theory and research. *Basic Appl Soc Psych*. 2013;35:1-9.

Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G; GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res*. 2010a;122:232-8.

Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res*. 2010b;10:80.

Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G; GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *J Affect Disord*. 2011;129:56-63.

Boyd JE, Adler EP, Otilingam PG, Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Compr Psychiatry*. 2014;55:221-31.

Brasil. Leis etc. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1990 20 set.; Seção 1:18055.

Brasil. Leis etc. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1990 31 dez.; Seção 1:25694.

BRASIL. Leis etc. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2001 9 abr.; Seção 1:2.

Brasil. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas [on-line]. Brasília (DF): OPAS; 2005 [citado 9 jan, 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2011 30 dez.; Seção 1:59.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2a ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010.

Brockman J, D'Arcy C, Edmonds L. Facts or artifacts? Changing public attitudes toward the mentally ill. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol*. 1979;13A:673-82.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23:399-407.

Cândido MR, Oliveira EAR, Monteiro CFS, Costa JR, Benício GSR, Costa FLL. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2012;8:110-7.

Cavalheri SC, Merighi MAB, Jesus MCP. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. *Rev Bras Enferm*. 2007;60:9-14.

Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2012;53:484-9.

Chang CC, Wu TH, Chen CY, Lin CY. Comparing self-stigma between people with different mental disorders in Taiwan. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204:547-53.

Clement S, Jarrett M, Henderson C, Thornicroft G. Messages to use in population-level campaigns to reduce mental health-related stigma: consensus development study. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2010;19:72-9.

Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*. 2012;12:36.

Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, Morgan C, Rüsch N, Brown JS, Thornicroft G. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015;45:11-27.

Conley CS, Hundert CG, Charles JLK, Huguenel BM, Al-khouja M, Qin S, Paniagua D, Corrigan PW. Honest, open, proud–college: effectiveness of a peer-led small-group intervention for reducing the stigma of mental illness. *Stigma Health*. 2020;5:168–78.

Cooper-Patrick L, Powe NR, Jenckes MW, Gonzales JJ, Levine DM, Ford DE. Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *J Gen Intern Med*. 1997;12:431-8.

Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59:614-25.

Corrigan PW. Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*. 2016;15:67-73.

Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Prac*. 2000;7:48-67.

Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract*. 1998;5:201-22.

Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In: Corrigan PW, editor. *On the stigma of mental illness*: practical strategies for research and social change. Washington: American Psychological Association; 2005. p.11-44.

Corrigan PW, Kosyluk KA. Erasing the stigma: where science meets advocacy. *Basic Appl Soc Psych*. 2013;35:131-40.

Corrigan PW, Lundin R. *Don't call me nuts*! Coping with the stigma of mental illness. Tinley Park: Recovery Press; 2001.

Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1999;54:765-76.

Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*. 2012;57:464-9.

Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev*. 2010;30:907-22.

Corrigan PW, Watson AC. At issue: Stop the stigma: call mental illness a brain disease. *Schizophr Bull*. 2004;30:477-9.

Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Prac*. 2002;9:35-53.

Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008;46:42-8.

Corrigan PW, Kosyluk KA, Rüsch N. Reducing self-stigma by coming out proud. *Am J Public Health*. 2013a;103:794-800.

Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009;8:75-81.

Corrigan PW, Rafacz J, Rüsch N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res*. 2011a;189:339-43.

Corrigan PW, Roe D, Tsang HWH. *Challenging the stigma of mental illness*: lessons for therapists and advocates. Hoboken: John Wiley & Sons; 2011b.

Corrigan PW, Rüsch N, Scior K. Adapting disclosure programs to reduce the stigma of mental illness. *Psychiatr Serv*. 2018;69:826-8.

Corrigan PW, Sokol KA, Rüsch N. The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J*. 2013b;49:1-6.

Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol*. 2006;25:875-84.

Corrigan PW, Bink AB, Schmidt A, Jones N, Rüsch N. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. *J Ment Health*. 2016;25:10-5.

Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2001;52:953-8.

Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*. 2012a;63:963-73.

Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E, Gause M, Watson AC, Rüsch N. Self-stigma of mental illness scale--short form: reliability and validity. *Psychiatry Res*. 2012b;199:65-9.

Corrigan PW, Schmidt A, Bink AB, Nieweglowski K, Al-Khouja MA, Qin S, Discont S. Changing public stigma with continuum beliefs. *J Ment Health*. 2017;26:411-8.

Corrigan PW, Morris S, Larson J, Rafacz J, Wassel A, Michaels P, Wilkniss S, Batia K, Rüsch N. Self-stigma and coming out about one's mental illness. *J Community Psychol*. 2010;38:259-75.

Corrigan PW, Larson JE, Michaels PJ, Buchholz BA, Rossi RD, Fontecchio MJ, Castro D, Gause M, Krzyżanowski R, Rüsch N. Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Res*. 2015;229:148-54.

Costa TCR. A Política de Saúde Mental na atualidade e o avanço do conservadorismo. *Argum*. 2019;11:163-78.

Crocker J, Lutsky N. Stigma and the dynamics of social cognition. In: Ainlay SC, Becker G, Colman LM. *The dilemma of difference*: a multidisciplinary view of stigma. New York: Plenum; 1986. p.95-121.

Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma. *Psychol Rev*. 1989;96:608-30.

Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, editors. *The handbook of social psychology*. 4th ed. Boston: McGraw-Hill; 1998. v.2, p.504-53.

Dalgalarrondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

Day EN, Edgren K, Eshleman A. Measuring stigma toward mental illness: development and application of the Mental Illness Stigma scale. *J Appl Soc Psychol*. 2007;37:2191–219.

Deci EL, Ryan RM. The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq*. 2000;11:227-68.

Devine PG. Stereotypes and prejudice: their automatic and controlled components. *J Pers Soc Psychol*. 1989;56:5-18.

Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, Kenzine D, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38:348-54.

Drapalski AL, Lucksted A, Perrin PB, Aakre JM, Brown CH, DeForge BR, Boyd JE. A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2013;64:264-9.

Ellison N, Mason O, Scior K. Bipolar disorder and stigma: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2013;151:805-20.

Freud S. O tabu da virgindade (contribuições à psicologia do amor III). In: Freud S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1970. v.11, p.179-92.

Freud S. Psicologia de grupo e a análise do ego. In: Freud S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v.18, p.89-179.

Freud S. O mal-estar na civilização. In: Freud S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. v.21, p.75-171.

Fisher DB. Health care reform based on an empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45:913-5.

Foucault M. *História da loucura*. Tradução de José Teixeira Coelho. São Paulo: Perspectiva; 2002.

Fukuda CC, Penso MA, Amparo DM, Almeida BC, Morais CA. Mental health of young Brazilians: Barriers to professional help-seeking. *Estud Psicol (Campinas)*. 2016;33:355-65.

Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica. 5a ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

Greene K, Derlega VJ, Mathews A. Self-Disclosure in Personal Relationships. In: Vangelisti AL, Perlman D, editors. *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p.409–28. (Cambridge Handbooks in Psychology).

Ghaemi SN, Boiman E, Goodwin FK. Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41:167-71.

Gilkes M, Perich T, Meade T. Predictors of Self-stigma in Bipolar Disorder: Depression, Mania and Perceived Cognitive Function. *Stigma Health*. 2018;4:330-6.

Goffman E. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC; 1975.

Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. 2014;13:161-75.

Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*. 2008;8:25.

Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, Evans K, Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004;185:342-9.

Grijak D. Authenticity as a predictor of mental health. *Klinička Psihologija*. 2017;10:23-34.

Hamilton DL, Sherman JW. Stereotypes. In: Wyer RS, Srull TK, editors. *Handbook of social cognition*. 2nd ed. Hillsdale: Erlbaum; 1994. v.2, p.1-68.

Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2017;94:218-29.

Hawke LD, Parikh SV, Michalak EE. Stigma and bipolar disorder: a review of the literature. *J Affect Disord*. 2013;150:181-91.

Hebl MR, Tickle J, Heatherton TF. Awkward moments in interactions between nonstigmatized and stigmatized individuals. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, editores. *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press; 2000. p.275-306.

Hernandez M, Nesman T, Mowery D, Acevedo-Polakovich ID, Callejas LM. Cultural competence: a literature review and conceptual model for mental health services. *Psychiatr Serv*. 2009;60:1046-50.

Hengartner MP, Loch AA, Lawson FL, Guarniero FB, Wang YP, Rössler W, Gattaz WF. Atitudes de profissionais de saúde mental em relação a indivíduos com esquizofrenia: uma comparação transcultural entre Suíça e Brasil. *Arch Clin Psychiatry*. 2012;39:115-21.

Henderson C, Brohan E, Clement S, Williams P, Lassman F, Schauman O, Dockery L, Farrelly S, Murray J, Murphy C, Slade M, Thornicroft G. Decision aid on disclosure of mental health status to an employer: feasibility and outcomes of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2013;203:350-7.

Herzog R. Do preconceito à intolerância: quando se rouba a humanidade do outro. *Ágora*. 2019;22:273-9.

Hewitt JP. Self-Esteem. In: Lopez SJ, editor. *Encyclopedia of positive psychology*. Malden: Wiley-Blackwell; 2009. v.2, p.880-6.

Hilton JL, Von Hippel W. Stereotypes. *Annu Rev Psychol*. 1996;47:237-71 .

Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, Canar J, Kubiak MA. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1999;25:447-56.

Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Marackova M, Grambal A, Slepecky M. Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:2677-87.

Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Aval Psicol*. 2011;10:41-9.

Interian A, Ang A, Gara MA, Link BG, Rodriguez MA, Vega WA. Stigma and depression treatment utilization among Latinos: utility of four stigma measures. *Psychiatr Serv*. 2010;61:373-9.

Isaksson A, Corker E, Cotney J, Hamilton S, Pinfold V, Rose D, Rüsch N, Henderson C, Thornicroft G, Evans-Lacko S. Coping with stigma and discrimination: evidence from mental health service users in England. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018 Dec;27(6):577-88.

Ishak WW, Ha K, Kapitanski N, Bagot K, Fathy H, Swanson B, Vilhauer J, Balayan K, Bolotaulo NI, Rapaport MH. The impact of psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination on quality of life in depression. *Harv Rev Psychiatry*. 2011;19:277-89.

Jagdeo A, Cox BJ, Stein MB, Sareen J. Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population-based surveys from the United States and Canada. *Can J Psychiatry*. 2009;54:757-66.

Jorm AF, Griffiths KM. The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118:315-21.

Kanter JW, Rusch LC, Brondino MJ. Depression self-stigma: a new measure and preliminary findings. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196:663-70.

Karidi MV, Vassilopoulou D, Savvidou E, Vitoratou S, Maillis A, Rabavilas A, Stefanis CN. Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *J Affect Disord*. 2015;184:209-15.

Kelly CM, Jorm AF. Stigma and mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:13-6.

Kennedy C. Stigma Towards Depression in Rural Ireland: A Qualitative Exploration. *Community Ment Health J*. 2018;54:334-42.

Kernis MH, Paradise AW, Whitaker DJ, Wheatman SR, Goldman BN. Master of one’s psychological domain? Not likely if one’s self-esteem is unstable. *Pers Soc Psychol Bull*. 2000;26:1297-305.

Klap R, Tang L, Schell T, Duan N, Wells K, Miranda J, Sherbourne C. How quality improvement interventions for depression affect stigma concerns over time: a nine-year follow-up study. *Psychiatr Serv*. 2009;60:258-61.

Kim WJ, Song YJ, Ryu HS, Ryu V, Kim JM, Ha RY, Lee SJ, Namkoong K, Ha K, Cho HS. Internalized stigma and its psychosocial correlates in Korean patients with serious mental illness. *Psychiatry Res*. 2015;225:433-9.

Lally SJ. "Does being in here mean there is something wrong with me"? *Schizophr Bull*. 1989;15:253-65.

Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:1399-405.

Lee H, Milev R, Paik JW. Comparison of stigmatizing experiences between Canadian and Korean patients with depression and bipolar disorders. *Asia Pac Psychiatry*. 2015;7:383-90.

Lehman AF. Quality of life interview for the chronically mentally ill. *Eval Program Plann*. 1988;11:51-62.

Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev*. 1987;52:96-112.

Link BG, Cullen FT. Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *J Health Soc Behav*. 1986;27:289-302.

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363-85.

Link BG, Mirotznik J, Cullen FT. The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided? *J Health Soc Behav*. 1991;32:302-20.

Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*. 2004;30:511-41.

Link BG, Cullen FT, Struening EL, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev*. 1989;54:400-23.

Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health*. 1999;89:1328-33.

Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*. 2002;6:201-31.

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. *Psychiatr Serv*. 2001;52:1621-6.

Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010;71:2150-61.

Livingston JD, Rossiter KR, Verdun-Jones SN. 'Forensic' labelling: an empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Res*. 2011;188:115-22.

Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*. 2007;33:192-9.

Loch AA. *Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofrenia*: um levantamento comparativo entre profissionais de saúde mental e a população geral do Brasil [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, Lawson FL, Wang YP, Gattaz WF, Rössler W. Psychiatrists' stigma towards individuals with schizophrenia. *Arch Clin Psychiatry*. 2011;38:173-7.

Loch AA, Wang YP, Guarniero FB, Lawson FL, Hengartner MP, Rössler W, Gattaz WF. Patterns of stigma toward schizophrenia among the general population: a latent profile analysis. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60:595-605.

Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2006;(429):51-9.

Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, Bacle SV, Van Audenhove C, van Weeghel J, Reneses B, Germanavicius A, Economou M, Lanfredi M, Ando S, Sartorius N, Lopez-Ibor JJ, Thornicroft G; ASPEN/INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2013;381:55-62.

Mak WW, Cheung RY. Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: conceptualization and unified measurement. *Am J Orthopsychiatry*. 2010;80:267-81.

Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol*. 2005;56:393-421.

Manos RC, Rusch LC, Kanter JW, Clifford LM. Depression self-stigma as a mediator of the relationship between depression severity and avoidance*. J Soc Clin Psychol*. 2009;28:1128-43.

Matsuzaka CT. *Capacitação de agentes comunitários na aplicação de aconselhamento interpessoal para depressão*: um estudo clínico randomizado controlado [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2016.

Martin lG. Stigma: a social learning perspective. In: Ainlay SC, Becker G, Colman lMA, editors. *The dilemma of difference*. New York: Plenum; 1986. p.145-61.

Mascayano F, Tapia T, Schilling S, Alvarado R, Tapia E, Lips W, Yang LH. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2016;38:73-85.

Matthieu MM, Ivanoff A. Using stress, appraisal, and coping theories in clinical practice: assessments of coping strategies after disasters. *Brief Treat Crisis Interv*. 2006;6:337-48.

Michalak E, Livingston JD, Hole R, Suto M, Hale S, Haddock C. 'It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illn*. 2011;7:209-24.

Michalak EE, Yatham LN, Kolesar S, Lam RW. Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Qual Life Res*. 2006;15:25-37.

Michalak EE, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:72.

Miller CT, Kaiser CR. A theoretical perspective on coping with stigma. *J Soc Issues*. 2001;57:73-92.

Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatr Serv*. 2012;63:974-81.

Modelli A, Candal Setti VP, van de Bilt MT, Gattaz WF, Loch AA, Rössler W. Addressing mood disorder diagnosis' stigma with an Honest, Open, Proud (HOP)-Based Intervention: a randomized controlled trial. *Front Psychiatry*. 2021;11:582180.

Monteiro YN. Doença e estigma. *Rev Hist (São Paulo)*. 1993;127-128:131-9.

Monteiro S, Villela W, organizadores. *Estigma e saúde*. Rio de janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

Monteiro S, Villela W, Pereira C, Soares P. A produção acadêmica recente sobre estigma, discriminação, saúde e aids no Brasil. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. *Estigma e saúde*. Rio de janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p.61-80.

Moreno RA, Moreno DH, Ratzke R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Arch Clin Psychiatry*. 2005;32:39-48.

Mulfinger N, Müller S, Böge I, Sakar V, Corrigan PW, Evans-Lacko S, Nehf L, Djamali J, Samarelli A, Kempter M, Ruckes C, Libal G, Oexle N, Noterdaeme M, Rüsch N. Honest, Open, Proud for adolescents with mental illness: pilot randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59:684-91.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Ending discrimination against people with mental and substance use disorders*: the evidence for stigma change. Washington: The National Academies Press; 2016.

Nascimento LA, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2019;26:103-21.

Naushad N, Dunn LB, Muñoz RF, Leykin Y. Depression increases subjective stigma of chronic pain. *J Affect Disord*. 2018;229:456-62.

Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull*. 2006; 32:709-14.

Oda AMGR, Dalgalarrondo P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2004;7:128-41.

O'Donnell L, Himle JA, Ryan K, Grogan-Kaylor A, McInnis MG, Weintraub J, Kelly M, Deldin P. Social Aspects of the Workplace Among Individuals With Bipolar Disorder. *J Soc Social Work Res*. 2017;8:379-98.

Oliveira S, Carolino L, Paiva A. Programa saúde mental sem estigma: efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2012;8:30-7.

Onocko-Campos RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad Saúde Pública*. 2019;35:e00156119.

Organización Mundial de la Salud. *Salud mental y desarrollo*: poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable [on-line]. Geneva: OMS; 2010 [citado 4 jun. 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf?ua=1.

Pachankis JE. The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychol Bull*. 2007;133:328-45.

Peluso ETP, Blay SL. Community perception of mental disorders - a systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:955-61.

Penn DL, Corrigan PW. The effects of stereotype suppression on psychiatric stigma. *Schizophr Res*. 2002;55:269-76.

Penn DL, Guynan K, Daily T, Spaulding WD, Garbin CP, Sullivan M. Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? *Schizophr Bull*. 1994;20:567-78.

Pereira MEC. Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2004;7:113-6.

Pescosolido BA, Medina TR, Martin JK, Long JS. The ‘‘backbone’’ of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *Am J Public Health*. 2013;103:853-60.

Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry*. 2003;182:342-6.

Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med*. 2008;67: 358-67.

Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Kemmler G, Sondermann C, Hausmann A, Fleischhacker WW, Mizuno Y, Uchida H, Hofer A. Quality of life in stabilized outpatients with bipolar I disorder: Associations with resilience, internalized stigma, and residual symptoms. *J Affect Disord*. 2018;238:399-404.

Prins MA, Verhaak PFM, Bensing JM, van der Meer K. Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression--the patients' perspective explored. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:1038-58.

Pyne JM, Kuc EJ, Schroeder PJ, Fortney JC, Edlund M, Sullivan G. Relationship between perceived stigma and depression severity. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192:278-83.

Puddifoot K. Disclosure of mental health: philosophical and psychological perspectives. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2019;26:333-48.

Rappaport J. Community narratives: tales of terror and joy. *Am J Community Psychol*. 2000;28:1-24.

Read J, Harré N. The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatization of 'mental patients'. *J Ment Health*. 2001;10:223-35.

Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 2004;129:257-65.

Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003;121:31-49.

Rodrigues CR, Figueiredo MAC. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estud Psicol (Natal)*. 2003;8:117-25.

Roeloffs C, Sherbourne C, Unützer J, Fink A, Tang L, Wells KB. Stigma and depression among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:311-5.

Rogers CR. *On becoming a person*: a therapist's view of psychotherapy. London: Constable; 1961.

Ronzani TM, Soares RG, Nery FC, Silveira OS. Brazilian cross-cultural adaptation of the "stigma scale of internalized mental illness - ismi-br". *Gerais (Univ. Fed. Juiz Fora)*. 2017;10:25-34.

Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.

Rusch LC, Kanter JW, Manos RC, Weeks CE. Depression stigma in a predominantly low income African American sample with elevated depressive symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196:919-22.

Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20:529-39.

Rüsch N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, Batia K. A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophr Res*. 2009a;110:59-64.

Rüsch N, Corrigan PW, Powell K, Rajah A, Olschewski M, Wilkniss S, Batia K. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophr Res*. 2009b;110:65-71.

Rüsch N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, Batia K. Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2009c;120:320-8.

Rüsch N, Malzer A, Oexle N, Waldmann T, Staiger T, Bahemann A, Wigand ME, Becker T, Corrigan PW. Disclosure and quality of life among unemployed individuals with mental health problems: a longitudinal study. *J Nerv Ment Dis*. 2019;207:137-9.

Rüsch N, Corrigan PW, Waldmann T, Staiger T, Bahemann A, Oexle N, Wigand M, Becker T. Attitudes toward disclosing a mental health problem and reemployment: a longitudinal study. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206:383-5.

Rüsch N, Abbruzzese E, Hagedorn E, Hartenhauer D, Kaufmann I, Curschellas J, Ventling S, Zuaboni G, Bridler R, Olschewski M, Kawohl W, Rössler W, Kleim B, Corrigan PW. Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2014;204(5):391-7.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Compêndio de psiquiatria*: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução de Marcelo de Abreu Almeida. 11a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

Sahium PF, Nunes VRB, Silva WM. A violência simbólica em Caim e Abel: uma releitura contemporânea. *Fragmentos de Cultura*. 2016;26:586-95.

Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, Clara I, ten Have M, Belik SL, de Graaf R, Stein MB. Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Serv*. 2007;58:357-64.

Sarisoy G, Kaçar ÖF, Pazvantoğlu O, Korkmaz IZ, Öztürk A, Akkaya D, Yılmaz S, Böke Ö, Sahin AR. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: a comparative study. *Compr Psychiatry*. 2013;54:665-72.

Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370:878-89.

Sbicigo JB, Bandeira DR, Dell'Aglio DD. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*. 2010;15:395-403.

Schibalski JV, Müller M, Ajdacic-Gross V, Vetter S, Rodgers S, Oexle N, Corrigan PW, Rössler W, Rüsch N. Stigma-related stress, shame and avoidant coping reactions among members of the general population with elevated symptom levels. *Compr Psychiatry*. 2017;74:224-30.

Schneider JW, Conrad P. In the closet with illness: epilepsy, stigma potential and information control. *Soc Probl*. 1980;28:32-44.

Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, Angermeyer MC. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125:440-52.

Scior K, Rüsch N, White C, Corrigan PW. Supporting mental health disclosure decisions: the Honest, Open, Proud programme. *Br J Psychiatry*. 2020;216:243-5.

Seaton M, Marsh HW, Dumas F, Huguet P, Monteil JM, Régner I, Blanton H, Buunk AP, Gibbons FX, Kuyper H, Suls J, Wheeler L. In search of the big fish: investigating the coexistence of the big-fish-little-pond effect with the positive effects of upward comparisons. *Br J Soc Psychol*. 2008;47:73-103.

Setti VPC, Loch AA, Modelli A, Rocca CCA, Hungerbuehler I, van de Bilt MT, Gattaz WF, Rössler W. Corrigendum to Disclosing the diagnosis of schizophrenia: A pilot study of the 'Coming Out Proud' intervention. Int J Soc Psychiatry. 2020;66:102.

Shimotsu S, Horikawa N. Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian J Psychiatr*. 2016;24:125-9.

Silva NHLP, Cardoso CL. Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2013;16:246-59.

Silva L, Silva PFR, Gadelha A, Clement S, Thornicroft G, Mari JJ, Brietzke E. Adaptation of the Barriers to Access to Care Evaluation (BACE) scale to the Brazilian social and cultural context. *Trends Psychiatry Psychother*. 2013;35:287-91.

Silveira OS, Martins LF, Soares RG, Gomide HP, Ronzani TM. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estud Psicol (Natal)*. 2011;16:131-8.

Siqueira R, Cardoso H. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte americana. *Imagonautas*. 2011;1:92-113.

Smart L, Wegner DM. Covering up what can't be seen: concealable stigma and mental control. *J Pers Soc Psychol*. 1999;77:474-86.

Soares RG, Silveira PS, Noto AR, Boyd JE, Ronzani TM. Validação da versão brasileira da escala ismi adaptada para dependentes de substâncias. *Psic Teor Pesq*. 2015;31:229-38.

Souza FGM. Tratamento do transtorno bipolar: eutimia. *Arch Clin Psychiatry*. 2005;32:63-70.

Stanners MN, Barton CA, Shakib S, Winefield HR. Depression diagnosis and treatment amongst multimorbid patients: a thematic analysis. *BMC Fam Pract*. 2014;15:124.

Struening EL, Perlick DA, Link BG, Hellman F, Herman D, Sirey JA. Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatr Serv*. 2001 Dec;52(12):1633-8.

Swain G. *Le sujet de la folie*: naissance de la psychiatrie. Paris: Calmann-Lévy; 1997.

Terra MG, Ribas DL, Sarturi F, Erdman AL. Saúde metal: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. *Esc Anna Nery*. 2006;10:711-7.

Tsang HW, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PY, Wan CN. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2016;173:45-53.

Thompson A, Hunt C, Issakidis C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:810-7.

Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*. 2011;199:441-2.

Thornicroft G. *Shunned*: discrimination against people with mental illness. New York: Oxford University; 2006.

Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*. 2007;190:192-3.

Toth KE, Dewa CS. Employee decision-making about disclosure of a mental disorder at work. *J Occup Rehabil*. 2014;24:732-46.

Vechi LG. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estud Psicol (Natal)*. 2004;9:489-95.

Wagener MN, van Opstal SEM, Miedema HS, van Gorp ECM, Roelofs PDDM. Work-related stigma and disclosure: a daily challenge for people living with HIV. *Work*. 2017;58:537-48.

Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*. 2007;33:1312-8.

World Health Organization. Mental health atlas 2014. Geneva: WHO; 2015.

World Health Organization. *The World health report*: 2001: Mental health: new understanding, new hope. WHO: Geneva; 2001.

World Health Organization. *WHOQOLG*: Measuring Quality of Life [on-line]. Geneva: WHO; 1997 [cited data]. Available from: http:// www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull*. 1999;25:467-78.

Weber CAT, Juruena MF. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia, Saúde & Doença*. 2017;18:640-56.

Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med*. 2006;11:277-87.

Wood AM, Linley PA, Maltby J, Baliousis M, Joseph S. The authentic personality: a theoretical and empirical conceptualization and the development of the Authenticity Scale. *J Couns Psychol*. 2008;55:385-99.

Wu Q, Luo X, Chen S, Qi C, Yang WFZ, Liao Y, Wang X, Tang J, Tang Y, Liu T. Stigmatizing attitudes towards mental disorders among non-mental health professionals in six general hospitals in Hunan Province. *Front Psychiatry*. 2020;10:946.

Yalcin-Siedentopf N, Hoertnagl CM, Biedermann F, Baumgartner S, Deisenhammer EA, Hausmann A, Kaufmann A, Kemmler G, Mühlbacher M, Rauch AS, Fleischhacker WW, Hofer A. Facial affect recognition in symptomatically remitted patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*. 2014;152:440-5.

Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*. 2008;59:1437-42.

Yanos PT, Lucksted A, Drapalski AL, Roe D, Lysaker P. Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatr Rehabil J*. 2015;38:171-8.

Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Ko CH, Yen JY. Insight and correlates among outpatients with depressive disorders. *Compr Psychiatry*. 2005a;46:384-9.

Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Yen JY, Ko CH. Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatr Serv*. 2005b;56:599-601.

Yen CF, Lee Y, Tang TC, Yen JY, Ko CH, Chen CC. Predictive value of self-stigma, insight, and perceived adverse effects of medication for the clinical outcomes in patients with depressive disorders. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197:172-7.