

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Jéssica Vargas da Luz

Estigma na adulez: quais fatores configuram-se como barreira de acesso ao tratamento em saúde mental? Uma revisão sistemática de literatura

Porto Alegre

2021

Jéssica Vargas da Luz

Estigma na adultez: quais fatores configuram-se como barreira de acesso ao tratamento em saúde mental? Uma revisão sistemática de literatura

Artigo apresentado como requisito parcial para a aprovação no Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia, do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lívía Maria Bedin Tomasi

Porto Alegre

2021

AGRADECIMENTOS

Uma trajetória nunca é construída sozinha. Para que eu pudesse estar, neste momento, apresentando o trabalho que concluirá meu percurso enquanto graduanda de psicologia, foi necessário o apoio e auxílio de algumas pessoas, que precisam ser mencionadas.

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha orientadora, a Professora Lívia. Ela me acompanhou desde o primeiro estágio, colaborando muito com o meu crescimento profissional. Neste trabalho, a Prof^a. Lívia proporcionou todo o acompanhamento necessário, compartilhando seus conhecimentos, sempre com muito carinho, atenção e cordialidade.

Este trabalho também não teria sido possível sem o auxílio do meu grande amigo, Alisson. Durante toda minha trajetória enquanto estudante de psicologia, pude contar com seu apoio. Com toda a boa vontade do mundo, aceitou a tarefa árdua de ser o revisor independente neste trabalho, analisando mais de mil artigos em inglês, e, assim, colaborando para que se fizesse uma seleção abrangente e de qualidade das publicações contidas nesta revisão.

Além disso, devo agradecer à minha mãe, Maribel, a qual sempre incentivou meus estudos, acreditando na minha capacidade de conquistar uma vida melhor. Mesmo sem nunca ter pisado em um ambiente acadêmico, desde meu ensino fundamental, se preocupou com que eu tivesse uma formação de qualidade, e, apesar de todas as dificuldades, foi através do seu exemplo enquanto mulher trabalhadora, esforçada e independente, que eu pude traçar meus objetivos profissionais, conquistando a tão sonhada vaga na Universidade federal.

Por fim, agradeço ao meu noivo, Thiago, por todo o suporte durante o tempo que nos conhecemos. Muitas vezes, quando eu mesma não acreditava na própria capacidade, ele acreditava por mim, me impulsionando a nunca desistir, me amparando em todos os momentos difíceis, e celebrando todas as minhas conquistas.

Se hoje eu cheguei até aqui, foi porque pessoas muito especiais me acompanharam. A todos e todas que se fizeram presentes durante a minha caminhada na graduação, deixo o meu muito obrigado.

Seguimos!

RESUMO

O presente estudo visa apresentar uma revisão sistemática de literatura, realizada sob o protocolo PRISMA, acerca dos processos estigmatizantes na adultez, e como estes podem atuar como barreiras ao tratamento psicológico. Realizou-se uma busca nos indexadores *Pubmed*, *APA PsycNet* e *SciELO - Scientific Electronic Library Online*, no ano de 2021. Foram localizadas 1.487 publicações, as quais, após processo de seleção via critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se 13 artigos. As publicações, em geral, abordaram sobre particularidades do estigma, e como ele ocorre em diferentes países. Os artigos indicam que o estigma se configura universalmente como um impedimento no que tange à procura por tratamentos em saúde mental. No entanto, o estigma possui caráter multifacetado, o qual varia conforme as condições sociais, históricas e culturais de cada localização, de modo que não é possível generalizar afirmações sobre o fenômeno em localidades onde o construto ainda não foi estudado empiricamente.

Palavras-chave: estigma; busca por tratamento; barreiras ao tratamento; revisão sistemática; saúde mental.

ABSTRACT

This study aims to present a systematic literature review, carried out under the PRISMA protocol, about stigmatizing processes in adulthood, and how these can act as barriers to psychological treatment. A search was carried out in the *Pubmed*, *APA PsycNet* and *SciELO - Scientific Electronic Library Online* indexers, in 2021. A total of 1,487 publications were located, which, after a selection process using inclusion and exclusion criteria, 13 articles were selected. The publications, in general, addressed the particularities of stigma, and how it occurs in different countries. The articles indicate that stigma is universally configured as an impediment to the search for mental health treatments. However, stigma has a multifaceted character, which varies according to the social, historical and cultural conditions of each location, so that it is not possible to generalize statements about the phenomenon in locations where the construct has not yet been studied empirically.

Keywords: stigma; help-seeking; barriers to treatment; systematic review; mental health.

INTRODUÇÃO

Apesar da existência de múltiplos centros de atendimento, encontram-se, na literatura, registros de baixa procura aos serviços de tratamento em saúde mental (Bayer & Peay, 1997). É sabido que muitas pessoas com problemas de saúde mental nunca buscam tratamento psicológico ou psiquiátrico. Existem, também, muitos casos onde pessoas iniciam o tratamento, porém não aderem totalmente aos serviços prescritos, abandonando futuramente os atendimentos (Corrigan et al., 2004).

No Brasil, em 2020, o Ministério da Saúde publicou os resultados preliminares da fase dois de um estudo que coletou dados sobre a saúde mental dos brasileiros durante a pandemia da COVID-19. De acordo com os achados, 74% da amostra entrevistada apresentou sintomas de ansiedade, 26,8% manifestou depressão moderada, 12,3% depressão grave e 34,8% exibiu compatibilidade com sintomas de estresse pós-traumático. Apesar do alto índice de incidência desses transtornos, descobriu-se que apenas 29,3% dos entrevistados procuraram ajuda de profissionais da área, sendo que 20% foi em serviços particulares. Além disso, 34,2% dos participantes afirmaram que não buscaram atendimento, porém gostariam de receber algum tipo de tratamento, especialmente nos casos de ansiedade (78%) e de estresse pós-traumático (51,9%) (Brasil, Ministério da Saúde, 2020).

É sabido que a alta incidência de indivíduos com algum transtorno mental não ocorre apenas em solo brasileiro. Dificuldades cotidianas decorrentes da depressão, por exemplo, são sintomas recorrentes na vida de grande parte da população mundial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que, no mundo, 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofrem com este transtorno (Depressão - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde, n.d.).

Em 2020, com o agravamento da pandemia da COVID-19, a população em geral passou a observar com maior atenção às questões de saúde mental. Indivíduos que estão

experienciando distanciamento social, afastando-se do convívio recorrente com familiares, amigos e até mesmo colegas de trabalho podem apresentar sintomas de depressão, ansiedade, medo e frustração (Xiang et al., 2020).

Apesar da maior visibilidade na conjuntura atual, a população brasileira ainda aparenta carregar muitos dogmas e crenças no que tange ao cuidado em saúde mental. É comum ouvir a frase “psicólogo é para loucos” nos mais diversos contextos, mesmo que a psicologia seja uma ciência centenária, e que hajam iniciativas da comunidade psicológica, como a “normalização da loucura” presente no projeto da reforma psiquiátrica, por meio da desinstitucionalização de muitos indivíduos e a inserção destes no convívio coletivo (Hirdes, 2009).

Desde a década de 1980, há registros de estudos científicos que buscaram compreender a relação entre as atitudes sobre saúde mental, expectativas e busca por tratamento (Bowden et al., 1980). No geral, procura-se entender qual o motivo que faz com que as pessoas evitem procurar atendimento psicológico e/ou psiquiátrico, mesmo que estejam conscientes de que possuem alguma dificuldade e que necessitam de ajuda profissional.

Ao longo do tempo, por meio dos resultados de inúmeros estudos ao redor do mundo, foram descobertos diversos fatores que podem ser considerados barreiras ao tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Em 1986, nos Estados Unidos, Leaf e colaboradores realizaram um estudo, onde os participantes foram questionados sobre a sua propensão em utilizar serviços de saúde mental, suas percepções de barreiras para usar esses serviços, e as potenciais reações dos familiares em relação ao seu tratamento em saúde mental.

Evidenciou-se que apenas 17% da amostra não percebia nenhum tipo de barreira para acessar os serviços psicológicos/psiquiátricos da sua região. Além disso, mesmo que as taxas de transtorno não diferenciem por sexo, as mulheres foram 1,5 vezes mais prováveis de

buscar tratamento do que os homens. Aproximadamente 24% da amostra acreditava que a família ficaria chateada se a pessoa procurasse algum tipo de tratamento em saúde mental (Leaf et al., 1986).

Um estudo sobre o tema efetuado na Austrália em 1997 trouxe um apanhado de fatores presentes na literatura que podem interferir na busca por saúde mental. Esses conceitos foram divididos em três subgrupos, sendo que o primeiro deles trata sobre as variáveis psicológicas que podem interferir na busca por ajuda. São elas: Atitudes, sentimentos ou crenças de que os serviços de saúde mental são geograficamente inacessíveis, crenças que seu problema é pequeno demais para ajuda profissional e que deve lidar com isso sozinho, pensamentos que profissionais de saúde mental na verdade não podem ajudar, e uma geral falta de informação sobre procurar ajuda a profissionais de saúde mental (Bayer & Peay, 1997).

Outros fatores existentes são os relacionados a questões sociais, como as opiniões dos outros, a acessibilidade às instalações de saúde mental para os cidadãos e as práticas de encaminhamento de pacientes para os profissionais de saúde. Entre as variáveis demográficas, citou-se gênero, idade, estado civil e status socioeconômico como fatores que podem interferir na busca por serviços de saúde mental (Bayer & Peay, 1997).

Diversos estudos apontam variáveis de gênero que estão diretamente relacionadas à dificuldade ou recusa de procurar tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Na literatura, encontram-se numerosos estudos demonstrando que as mulheres apresentam maior propensão que os homens a buscar tratamento (Fischer & Turner, 1970; Kessler et al., 1981; Leaf et al., 1987). Assim como há pesquisas que evidenciam que os homens se tratam menos do que as mulheres no que tange aos cuidados psicológicos (Good et al., 1989; Good & Wood, 1995; Robertson & Fitzgerald, 1992).

De acordo com os estudos supracitados, é possível destacar que são diversas as razões que podem impedir que uma pessoa busque tratamento em saúde mental. Atualmente, um dos fatores que parece ter mais influência na decisão de buscar ou não atendimento com profissionais de saúde mental é o estigma (Goldberstein, 2008).

O estigma é um construto de caráter bidimensional, que afeta a população-alvo a nível coletivo e individual. O primeiro deles é o estigma público (ou estigma percebido), o qual caracteriza pensamentos preconceituosos sobre pessoas com diagnóstico de transtornos mentais (por exemplo, que são perigosos, incompetentes, e que devem manter-se afastados dos demais). Dessa forma, a sociedade produz comportamentos negativos em relação a esses indivíduos, que acabam sendo prejudicados em esferas importantes da vida. Por exemplo, o estigma público pode fazer com que um empregador não contrate alguém rotulado “doente mental”, por não querer pessoas diagnosticadas trabalhando em sua empresa (Corrigan, 2004).

O segundo tipo de estigmatização ocorre por meio do que se denomina como autoestigma, ou estigma internalizado. Ele é resultado do estigma público, pois ocorre quando o sujeito portador de problemas de saúde mental adota para si o rótulo de “doente mental”, e assim absorve a crença social estigmatizante que percebe dos demais. Ou seja, a vítima de estigma público normalmente o internaliza, transformando-o em autoestigma (Corrigan, 2004; Baptista & Zanon, 2017).

A literatura sugere que pessoas em situações estigmatizantes, como indivíduos com transtornos mentais, decidem evitar a estigmatização ocultando suas questões. Ao negar seu *status*, não procuram as instituições que poderiam lhe trazer benefícios. Alguns autores acreditam que esse tipo de comportamento, de evitar confrontar-se com suas próprias questões de saúde mental, talvez seja a maneira mais significativa pela qual o estigma pode impedir a busca por atendimento (Corrigan, 2004).

Ao explorar o conceito de rotulação, observa-se, na literatura, mais um aspecto do imaginário social: a diferenciação entre “nós” e “eles”; ou seja, a sociedade percebe as pessoas com transtornos mentais enquanto um grupo separado, “eles”, e que “eles” são diferentes de “nós” (o resto da população). Assim, o grupo “deles” caracteriza-se como um tipo completamente distinto de pessoas (Rüsch et al.,2005).

Dessa forma, uma possível fonte de estigmatização se dá através da linguagem. Os autores trazem, como exemplo, as formas com que descrevemos pessoas com doenças físicas, em contraste como descrevemos quem apresenta um transtorno mental. Se uma pessoa recebe o diagnóstico de câncer, a sociedade se refere a ele como uma pessoa que tem câncer. Já no caso de um indivíduo com o diagnóstico de esquizofrenia, é referido como esquizofrênico. Neste paradigma, o indivíduo que tem câncer é visto como “um de nós”, enquanto o esquizofrênico se torna “um deles” (Rüsch et al.,2005).

Os autores, ainda, postulam sobre o estigma internalizado. Enquanto alguns indivíduos adotam para si o pensamento estigmatizado do público, outros parecem não se identificar com essa rotulação, de modo que não internalizam o estigma, além de, ainda, contrastar com as atitudes da população genérica, adotando para si atitudes positivas (Rüsch et al.,2005).

No contexto brasileiro, o estigma é uma das variáveis que apresenta importante influência para a escassa procura da rede de serviços em saúde mental (Baptista et al., 2016). Foi encontrado um estudo realizado no Brasil, com abordagem qualitativa, o qual analisou processos de estigma internalizado. Com o processo de desinstitucionalização de indivíduos diagnosticados com transtornos mentais, descobriu-se uma dificuldade da parte destes indivíduos, no que tange à reinserção na sociedade, ocasionada pelo estigma público existente entre os brasileiros. Foi evidenciado que em solo brasileiro também ocorre a internalização do estigma público, prejudicando diversos aspectos da vida dos indivíduos que possuem

transtornos mentais, corroborando com a literatura prévia produzida em outros países (Nascimento & Leão, 2019).

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é realizar uma revisão sistemática de literatura, verificando como o estigma está associado à procura (ou não) por tratamento em saúde mental entre adultos nos estudos já realizados. Ao analisar produções científicas relacionadas ao estigma, é possível perceber que o construto atua em caráter multifacetado (Evans-Lacko et al., 2012), de modo que, devido à diversidade de contextos estudados neste tema, optou-se por avaliar o estigma de forma generalizada, ou seja, evitando-se especificidades contextuais onde ocorre o processo de estigmatização. Dessa forma, o objetivo específico desta revisão é compreender o estigma (público e internalizado) na busca por tratamento em saúde mental da população geral.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura, baseando-se nas diretrizes do método PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses* (Moher, 2009), acessadas no endereço <http://www.prisma-statement.org/>.

A busca bibliográfica ocorreu em setembro de 2021. Foram escolhidas as bases de dados *Pubmed*, *APA PsycNet* e *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. A escolha das bases de dados foi baseada na incidência de artigos encontrados, além da preferência por indexadores que encontram-se no escopo das ciências da saúde.

Analysaram-se artigos empíricos completos, publicados entre os anos de 2004 e 2021, com os seguintes operadores booleanos: *stigma AND help-seeking AND “mental health”*; *“mental health attitudes” AND help-seeking*; e *stigma AND “mental health” AND psychotherapy*. A busca foi realizada em inglês e português.

Foi efetuada uma busca na *Cochrane Database of Systematic Review (CDSR)*, a fim de procurar a existência de outras revisões sistemáticas do gênero. Não foram encontrados resultados na busca efetuada nesta base de dados, porém, 92 revisões sistemáticas produzidas no exterior foram encontradas nas pesquisas nas bases de dados efetuadas para a presente revisão, entretanto, não apresentavam o mesmo delineamento de amostra proposto neste estudo.

O processo de seleção dos artigos através da leitura dos títulos resumos foi realizado por dois revisores independentes e foi utilizado o *software Rayyan - Intelligent Systematic Review* (<https://www.rayyan.ai/>) para auxiliar na organização dos dados. Após a primeira verificação, analisaram-se as publicações que estavam em discordância sobre a seleção, decidindo-se conjuntamente sobre a inclusão ou não das mesmas.

Os critérios de inclusão dos estudos na presente revisão foram: artigos que estivessem no escopo das ciências da saúde mental, e que tratassem sobre o processo de estigmatização relacionado a transtornos mentais entre adultos. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: publicações que não se tratavam de ciências da saúde, que o estigma não fosse o tema principal, revisões sistemáticas de literatura, livros, editoriais, relatórios breves, validação de escalas e testagem de intervenções.

A seleção das produções também excluiu todas as publicações consideradas pertencentes a contextos específicos, tais como: amostras com crianças e/ou adolescentes, estudos com soldados e veteranos de guerra, atletas de elite, profissionais de saúde, policiais, refugiados, trabalhadores rurais, ambiente pós-parto, pessoas portadoras de doenças físicas ou transtornos mentais específicos (mantiveram-se estudos que abordaram mais de um transtorno mental e entre participantes com sintomatologia de transtornos mentais específicos, porém não diagnosticados), pessoas em situação de rua, usuários de álcool e

outras drogas, estudantes, desempregados e trabalhadores de ramos específicos, como a construção civil.

Ademais, optou-se por excluir publicações que abordaram participantes que estivessem sob qualquer tipo de intervenção em saúde mental, mantendo publicações com participantes que foram referenciados a algum serviço, mas que ainda não iniciaram tratamento, ou que foram submetidos a algum tratamento no passado. Excluíram-se, ainda, artigos que abordassem intervenções psiquiátricas, ou relacionadas à psiquiatria.

Posteriormente à busca na literatura, foram excluídos os artigos duplicados e os que caracterizavam revisões sistemáticas. Após, efetuou-se uma primeira seleção com base no título dos artigos, e, depois, segunda seleção através da leitura dos resumos destas produções acadêmicas. Em uma terceira etapa, foram selecionadas as produções a partir da leitura do texto em sua integralidade.

Por se tratar de textos em inglês, é importante destacar uma expressão, que precisou ser adaptada, para melhor entendimento. *Help-seeking* é o termo mais comumente utilizado nos estudos que abordam a procura por algum tipo de intervenção em saúde mental. Em sua tradução literal, *help-seeking* significa busca de ajuda. Como, em português, não é comumente utilizado o termo “ajuda” para referir-se a atendimentos psicológicos/psiquiátricos, foi adotado “busca por tratamento”, além de “intervenções em saúde mental” ou “atendimentos em saúde mental”, nos casos onde o termo *help-seeking* relaciona-se a intervenções dentro do escopo do manejo profissional em saúde mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nos indexadores resultou em 1.487 publicações. Excluíram-se 75 publicações duplicadas. Após a leitura dos títulos e resumos, foram removidos 1.395 artigos, que encontravam-se dentro dos critérios de exclusão supracitados. Por fim, quatro artigos foram

excluídos após a leitura do texto em sua integralidade, sendo que um deles era um editorial, outro um relatório breve, além de um estudo com amostra de pessoas sob intervenção terapêutica, e um último que caracterizava-se em contexto específico. Dessa forma, analisaram-se 13 produções científicas, datadas dos anos 2004 a 2021 (Figura 1).

As publicações centralizaram-se na América do Norte e Europa, além de um estudo que englobou a América Latina. Foram encontrados três artigos dos Estados Unidos, dois do Canadá, dois da Alemanha, um da Bélgica e um da Grécia. Além destes, fizeram parte desta revisão artigos em parcerias internacionais, sendo um dos Estados Unidos, analisando uma amostra de vários países europeus, um de Londres e dos Estados Unidos, um da Alemanha e Estados Unidos, um da Bélgica e Países Baixos e, por fim, um estudo em conjunto entre Alemanha e Cuba. A seguir, serão apresentados os resultados por tópicos, de acordo com as nacionalidades e tipos de produções.

Textos teóricos

Em relação aos tópicos abordados, dois artigos tratavam de textos teóricos, um deles trouxe um apanhado de referências anteriores, de modo que contextualizou a maneira com que o estigma ocorre, desenvolvendo-se três etapas. A primeira delas é o surgimento de pistas, ou seja, indicativos de que uma pessoa pode possuir um transtorno mental (por exemplo, sintomas psiquiátricos e habilidades sociais). A sociedade em geral percebe essas pistas, e estigmatiza quem se enquadra nesses indicativos (Corrigan, 2004). Corrigan define, em segundo lugar, o processo de rotulação. Os rótulos se associam ao estigma de duas formas: 1- as pessoas podem obter rótulos por terceiros; por exemplo, um profissional de saúde que atende um indivíduo pode revelar a outra pessoa que ele possui problemas de saúde mental; 2- os rótulos podem ser obtidos por associação; por exemplo, uma pessoa ser vista saindo de uma clínica psiquiátrica e então passar a ser alvo de estigmatização. Em terceiro lugar, são criados os estereótipos. Estes representam o imaginário social, ou seja,

características que o coletivo atribui ao grupo dos “doentes mentais” - por exemplo, que estas pessoas são violentas, incapazes e culpadas pelo próprio diagnóstico (Corrigan, 2004).

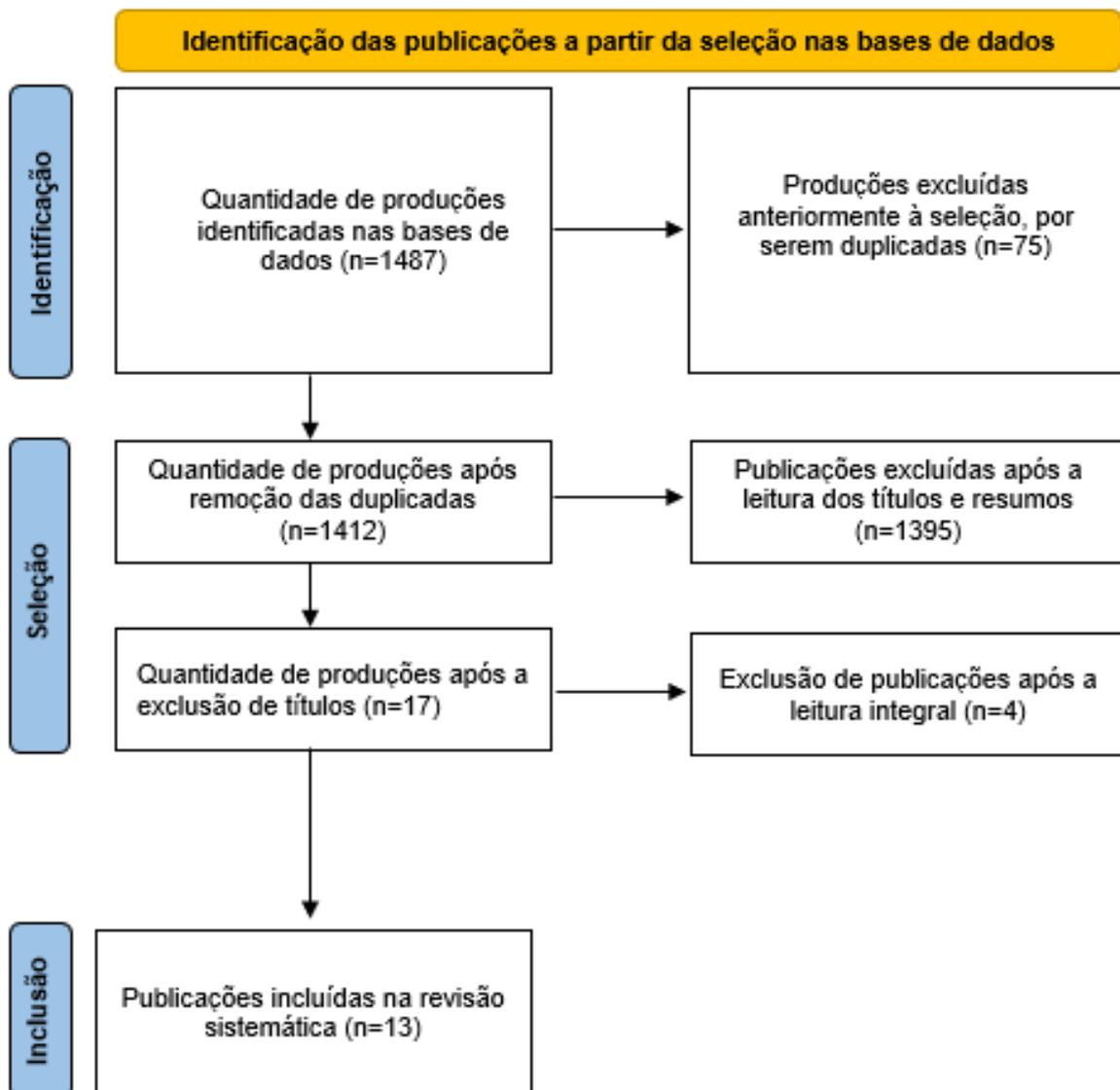


Figura 1. Fluxograma conforme protocolo PRISMA.

Ao diferenciar o estigma público do internalizado, o autor traz exemplos do imaginário social e individual em quatro passos, em formato de exemplos. No caso do estigma público, sua ocorrência se dá pela seguinte maneira: 1- Estereótipo: “pessoas com transtornos mentais são perigosas”; 2- Preconceito: “tenho medo dessas pessoas, pois elas são perigosas”; 3- Discriminação (o resultado do preconceito): No caso de um empregador, ele

não irá contratar pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, por desejar distância do grupo estigmatizado; 4- Resultado: A pessoa diagnosticada com o transtorno procura evitar a rotulação, escapando do estigma público (Corrigan, 2004).

No caso do autoestigma, o processo ocorre da seguinte maneira: 1- Estereótipo: a pessoa diagnosticada pode aderir ao pensamento da sociedade, por exemplo, de que todas as pessoas com problemas de saúde mental são incompetentes; 2- Preconceito: A pessoa, então, pensa que se ela tem um transtorno mental, ela também é incompetente; 3- Discriminação: Ao internalizar esse pensamento, ela coloca em dúvida se realmente deve procurar um bom emprego, afinal, ela é uma incompetente; 4- Resultado: Evitar buscar tratamento psicológico, para não se identificar com o grupo estigmatizado e, por consequência, sofrer estigma (Corrigan, 2004).

Enquanto a primeira publicação tratava de revisões sobre os processos de estigmatização percebidos na sociedade como um todo, foi encontrado um artigo canadense que aborda o estigma que ocorre nos serviços de saúde. Os autores, baseados em literatura prévia, destacam cinco principais fontes de estigma nesses locais, que são: 1- Atitudes e comportamentos negativos provenientes da equipe (por exemplo, pacientes tratados com linguagem estigmatizante pelos profissionais); 2- Falta de consciência da equipe (trabalhadores da saúde não sabem como se dirigir aos pacientes com transtornos mentais, muitas vezes, não percebendo maneiras sutis de estigmatização); 3- Pessimismo terapêutico (visões pessimistas da equipe sobre a probabilidade de recuperação do paciente); 4- Falta de habilidades (ansiedade, medo ou desejo de evitação da parte dos profissionais, em relação aos pacientes estigmatizados); 5- Estigma cultural no ambiente de trabalho (o estigma também afeta os trabalhadores, de modo que são desencorajados de buscar tratamento em saúde mental) (Knaak et al., 2017).

As demais publicações englobadas na presente revisão caracterizam-se por estudos quantitativos, sendo que, dois deles, possuem *follow-up* de três e seis meses. Dois artigos utilizaram como fonte de informações uma pesquisa em larga escala da União Europeia, denominada Eurobarómetro (Parlamento europeu, n.d.).

O estigma em amostras gerais europeias

Em um estudo envolvendo o Eurobarómetro (edições 2005 e 2006), o estigma foi averiguado através de quatro dimensões: 1- Crenças da população em geral sobre a periculosidade de pessoas com transtornos mentais; 2- Noção de imprevisibilidade desses indivíduos; 3- A culpabilização pela própria condição mental; 4- Pessimismo sobre a probabilidade de recuperação (Mojtabai, 2009).

Em relação aos comportamentos estigmatizantes, observou-se que indivíduos mais velhos foram os mais prováveis a considerar que pessoas com transtornos mentais são perigosas e culpadas sobre sua condição mental. A idade avançada também foi associada com maior probabilidade de pessimismo em relação à recuperação destes indivíduos. Mulheres, pessoas com maior nível educacional (20 anos ou mais de escolarização) e pessoas com histórico prévio de utilização de tratamento psicológico ou medicamentoso foram menos prováveis de considerar o grupo alvo de estigma como perigoso, imprevisível e culpado pelo próprio transtorno (Mojtabai, 2009).

Ao investigar a relação entre o estigma e a busca por tratamento psicológico, evidenciaram-se algumas associações. Os elementos estigmatizantes que incorrem no aumento da busca de tratamento são: considerar, a nível individual ou coletivo, que pessoas com transtornos mentais são perigosas; ter uma visão pessimista sobre a probabilidade de recuperação desses indivíduos (Mojtabai, 2009).

O estigma se dá de forma complexa e diferente entre regiões. Embora a amostra desta pesquisa que se enquadra no grupo estigmatizado internalize crenças sociais sobre sua própria

periculosidade, foi comprovado que, nas comunidades onde este fenômeno ocorre, o grupo-alvo teve maior probabilidade de procurar serviços de saúde mental. Enquanto isso, em regiões onde o senso comum acredita que pessoas diagnosticadas são culpadas pelo próprio transtorno, a busca por terapia foi menor. Ou seja, descobriu-se que, enquanto algumas atitudes estigmatizantes servem como barreiras para acessar o tratamento, outras não atuam dessa forma, e o efeito do estigma varia entre diferentes regiões geográficas (Mojtabai, 2009).

Outra pesquisa que utilizou como amostra o Eurobarómetro (dos anos de 2006 e 2010), buscou abordar fatores específicos sobre a população em geral, e a associação da mesma com os estigmas público e internalizado. Nessa amostra, menores níveis de autoestigma foram associados a pessoas empregadas e com grau de escolaridade avançado (universitário ou acima) (Evans-Lacko et al., 2012). O estudo evidenciou outra questão importante: o nível de percepção de discriminação é maior entre pessoas com esquizofrenia, do que entre indivíduos com depressão. Também há um recorte de gênero, no qual mulheres diagnosticadas com esquizofrenia são mais discriminadas que homens com o mesmo diagnóstico (Evans-Lacko et al., 2012). Por fim, menores níveis de autoestigma e discriminação percebida foram associados a menores níveis de atitudes estigmatizantes, maiores níveis de busca por terapia e maior acesso à informações sobre transtornos mentais. Ademais, a relação que pareceu ter maior influência preditora de menor estigma internalizado é entre países onde as pessoas em geral se sentem mais confortáveis em conversar com indivíduos com transtornos mentais (Evans-Lacko et al., 2012).

Os processos estigmatizantes nos Flandres e Países Baixos

Um estudo realizado em comparação com amostras dos Países Baixos e dos Flandres (uma região da Bélgica) teve como um dos objetivos investigar se havia distinções na busca por terapia relacionada ao estigma em localidades de alta e baixa incidência de suicídios (Reynders et al., 2013). Em relação às características sociodemográficas, mulheres e

indivíduos com maior nível educacional, além de pessoas solteiras, foram associadas a atitudes mais positivas em relação à busca por terapia. Homens, jovens adultos, indivíduos com baixa autopercepção sobre saúde mental e pessoas que nunca receberam tratamento psicológico vivenciam maior vergonha e autoestigma (Reynders et al., 2013).

Nas regiões da amostra (Flandres e Países Baixos), o estigma público foi mais percebido entre jovens adultos, pessoas com maior nível educacional e indivíduos com baixa autopercepção sobre saúde mental. Os pesquisadores efetuaram correlações entre os construtos, de modo que atitudes positivas (otimismo) sobre tratamento foram relacionadas negativamente a vergonha e autoestigma. Houve forte correlação entre autoestigma e vergonha, e correlação significativa destes construtos com o estigma público. Além disso, indivíduos que se comportam passivamente em relação ao seu transtorno (acreditam que “isso vai passar com o tempo”), relacionaram-se negativamente com otimismo e positivamente com autoestigma e vergonha (Reynders et al., 2013). Destacam-se, entre as diferenças da dinâmica do estigma entre os países, que os residentes dos Países Baixos obtiveram maior otimismo sobre tratamento, menor estigma internalizado e vergonha, em comparação aos moradores dos Flandres. Ademais, em Flandres, onde há maior incidência de vergonha e autoestigma, foi evidenciado que o estigma público foi associado a menor probabilidade de procurar terapia com um psicólogo. Já, nos Países Baixos, o estigma público não foi considerado um fator que atrapalhasse na busca por tratamento psicológico (Reynders et al., 2013).

Recentemente, outro estudo foi realizado na região dos Flandres (Colman et al., 2020). Os autores destacam, recorrendo à literaturas anteriores e após suas análises, que a população pode apresentar crenças biogenéticas em relação aos transtornos mentais (por exemplo, acreditando que a origem deles seria uma disfunção cerebral); essas crenças estão associadas a maior estigma e desejo de distanciamento social. Existem, ainda, as crenças

psicossociais que relacionam-se com menos atitudes estigmatizantes, e menor distanciamento social. Por fim, as crenças pessoais, que, assim como as biogenéticas, se associam com maior incidência de comportamentos de estigma e desejo de distanciar-se de pessoas com transtornos mentais (Colman et al., 2020).

O estigma na Grécia

Um estudo realizado na Grécia teve como objetivo analisar relações entre as atitudes envolvendo a busca por tratamento, e a ação de procurar este tratamento. O estudo considerou barreiras para o tratamento em saúde mental citadas anteriormente na literatura, são elas: 1- Os dois tipos de estigma (público e internalizado); 2- Preconceitos e crenças negativas sobre os transtornos mentais (por exemplo, são incuráveis e vergonhosos), crenças sobre as pessoas com estes transtornos (por exemplo, são perigosos e incompetentes) e sobre o tratamento (por exemplo, que estes indivíduos deveriam estar contidos em hospitais psiquiátricos); 3- Crenças existencialistas (pessoas são imutáveis), associadas ao preconceito e criação de estereótipos (Hantzi et al., 2018). Entre os resultados, destaca-se que o estigma internalizado pode levar, diretamente, a comportamentos menos favoráveis em relação ao tratamento de transtornos mentais. O estigma público apresenta efeitos indiretos neste processo, porém é o estigma internalizado que atua de maneira direta na decisão de buscar, ou não, ajuda (Hantzi et al., 2018).

Em segundo lugar, a barreira nº 2, sobre preconceitos, forja percepções de estigma internalizado relacionado à procura por psicoterapia, levando a atitudes menos favoráveis nesse sentido. A barreira nº 3, crenças existenciais, está diretamente conectada a estereótipos negativos sobre transtornos mentais (Hantzi et al., 2018). O contato direto da população em geral com pessoas com transtornos mentais pode resultar em crenças menos negativas sobre esses diagnósticos. Maior aproximação com o grupo estigmatizado também pode provocar o enfraquecimento das crenças existenciais em relação a eles (Hantzi et al., 2018).

A sociedade alemã e o estigma

Os dois últimos estudos de amostra exclusivamente europeia incluídos nesta revisão são provenientes da Alemanha, e, também, os únicos com *follow-up* de três e seis meses, após a primeira aplicação dos instrumentos. Um deles, efetuado em 2018, tinha como objetivo investigar fatores conectados à busca de fato de tratamento, e como as atitudes estigmatizantes interferem na procura pelos atendimentos em saúde mental (Schomerus et al., 2018). Os autores construíram um processo de quatro etapas, relacionado à busca de tratamento em saúde mental: 1- Autoidentificação com um problema de saúde mental; 2- Necessidade percebida de tratamento; 3- Intenção de procurar ajuda; 4- Ação de efetivamente procurar ajuda. Neste processo, destacam-se os passos iniciais da busca de tratamento, os quais foram bastante relacionados com o estigma (Schomerus et al., 2018).

Os primeiros passos da busca de tratamento foram principalmente relacionados a medidas de estigma. Uma delas, a identificação de si próprio como detentor de um problema de saúde mental, foi direta e indiretamente relacionada ao reconhecimento da necessidade de tratamento (Schomerus et al., 2018). Destaca-se, também, que o estigma foi relacionado a baixa autopercepção de problemas de saúde mental, e menor necessidade percebida de tratamento. Ademais, o estudo demonstrou o impacto que o estigma internalizado provoca nas primeiras etapas da busca por tratamento, quando os indivíduos ainda não se identificaram por completo ao segmento de pessoas com transtornos mentais (Schomerus et al., 2018).

O outro estudo realizado na Alemanha se propôs a investigar as diferenças entre pessoas que se consideram fisicamente x mentalmente adoecidas. Para isto, abordou o estigma em cinco categorias. São elas: 1- Estigma percebido (público); 2- Concordância com estereótipos negativos; 3- Concordância com estereótipo de culpa (a pessoa sendo culpada pelo próprio transtorno); 4- Aprovação da discriminação a pessoas com transtornos mentais;

5- Distância social desejada de pessoas com transtornos mentais (Horsfield et al., 2019).

Dentre os achados, com exceção do estigma público, todas as demais categorias de comportamentos estigmatizantes foram mais proeminentes no grupo de pessoas que se consideram como doentes físicos. Dessa forma, concluiu-se que as atitudes estigmatizantes são superiores entre pessoas que não se identificam com o rótulo de “doente” mental (Horsfield et al., 2019).

Evidenciou-se que o autoestigma, e não o estigma público, representa uma barreira para a busca de tratamento. Ademais, o estigma internalizado (e somente este) interfere no rótulo que a pessoa atribui a si mesma, como tendo um transtorno mental (Horsfield et al., 2019). Este estudo relaciona-se com os achados de Schomerus e colaboradores (2018). É evidenciado que o estigma pode ter influência nos estágios iniciais da busca por tratamento, por meio da identificação com o grupo estigmatizado, e posterior rotulação de si mesmo. Os indivíduos procuram evitar se identificar com o rótulo, de modo a não reconhecer sua própria condição, de maneira que não percebem a necessidade de tratamento, e então não consideram procurá-lo (Horsfield et al., 2019).

Cuba x Alemanha e os processos estigmatizantes

Uma pesquisa que colocou em comparação dois países de diferentes continentes foi incluída na presente revisão. Autores investigaram em amostras de Cuba e da Alemanha, a relação entre o estigma e a busca por ajuda profissional (Nohr et al., 2021). Apontam-se, entre os achados, similaridades e distinções entre as duas localidades. Entre os pontos em comum, postula-se que atitudes comunitárias mais positivas em relação à busca por tratamento, preveem, por consequência, buscas mais positivas em relação ao tratamento, e menor incidência de estigma internalizado. Ademais, independente do contexto cultural, a busca por tratamento pode ser inibida pela maneira com que os indivíduos com transtornos mentais pensam sobre como a sociedade em geral irá tratá-los (Nohr et al., 2021).

Entre as questões descobertas exclusivamente em Cuba, destaca-se, em primeiro lugar, que o país foi associado a atitudes mais positivas em relação à busca por tratamento, além de menor incidência de estigma internalizado. Contudo, Cuba apresentou mais estigma público que a Alemanha. Apesar disso, os cubanos demonstraram maior disposição a buscar tratamento em saúde mental. Demograficamente, evidenciou-se que pessoas mais velhas foram relacionadas a atitudes mais positivas em relação à procura por intervenções em saúde mental (Nohr et al., 2021).

Sobre as particularidades alemãs, salienta-se que os indivíduos de maior idade obtiveram menor nível de autoestigma em relação à procura por tratamento. Além disso, somente neste país as pessoas que apresentam maior familiaridade com transtornos mentais foram associadas a atitudes mais positivas sobre a busca por atendimentos. Ademais, na Alemanha, crenças individuais preveem o estigma internalizado, e atitudes comunitárias prevêem comportamentos de busca por tratamento. Dessa forma, os alemães têm tendência a evitar a rotulação, mediante evitação da busca por tratamento (Nohr et al., 2021).

Por fim, os autores postulam que o estigma se provou ser uma barreira universal para o tratamento de transtornos mentais, embora, em ambas as amostras, o nível de estigma da população em geral tenha sido de moderado a baixo. Destacou-se que, nos dois países, não apareceram diferenças significativas de gênero no que tange à busca por tratamento (diferente de estudos anteriores realizados em outras localizações), de modo que os autores associaram este fato às condições histórico-culturais de ambas as nações (Nohr et al., 2021).

Países norte-americanos e o estigma

Dentre as publicações produzidas pelos norte-americanos, duas são de origem Estadunidense. Na primeira, os pesquisadores consideraram dois estágios do processo de busca por tratamento, que são: 1- perceber a necessidade da intervenção e 2- de fato, utilizar o serviço. No que tange a atitudes estigmatizantes, postula-se que a utilização de serviços de

saúde mental foi associada à maior conhecimento sobre saúde mental, além de menores taxas de crenças negativas sobre transtornos mentais, e de atitudes negativas relacionadas a tratamento (Wong et al., 2018).

A segunda, abordou algumas facetas do processo de estigmatização por meio de um recorte racial, com amostra exclusivamente afro-americana, referenciada a um serviço de saúde mental, porém, ainda sem ter iniciado o tratamento. O objetivo foi analisar a associação do estigma com variáveis sociodemográficas, clínicas e atitudinais, além de investigar a relação do estigma com a aderência ao tratamento (Alvidrez et al., 2010). Diferentemente das populações alemã e cubana, dentre a população afro-americana participante do estudo, houve diferença relacionada ao gênero. Homens, além de pessoas com maior nível educacional, apresentaram maior nível de estigma percebido (público) (Alvidrez et al., 2010).

Ao colocar em análise as preocupações dos indivíduos relacionadas ao estigma, associaram-se a elas severidade dos sintomas, maior necessidade percebida de alguma intervenção em saúde mental, preocupações sobre psicoterapia e incerteza relacionada ao tratamento. Essas preocupações também associaram-se à maior probabilidade de engajamento em algum tratamento (Alvidrez et al., 2010). Curiosamente, em desconformidade com a literatura prévia, o estigma não foi correlacionado à menor busca de tratamento. Entretanto, observou-se que nem todos os participantes referenciados ao serviço de saúde aderiram posteriormente às intervenções. Desse modo, uma explicação para o fenômeno produzida pelos pesquisadores, foi a de que o estigma só afeta as pessoas que, de fato, estejam planejando aderir a algum tratamento. Para aqueles que optam por não ingressar efetivamente em um serviço de saúde mental, atitudes estigmatizantes de terceiros podem não exercer tamanha relevância (Alvidrez et al., 2010).

Por fim, foi incluído na presente revisão um estudo do Canadá, em parceria com pesquisadores estadunidenses, de amostra exclusivamente canadense. O objetivo do mesmo

foi investigar se diferenças de idade produziam efeito nos estigmas público e internalizado relacionados à busca de tratamento. Dessa forma, consideraram-se as seguintes faixas etárias: 1- Jovens adultos (18 a 39 anos de idade); 2- Adultos em idade intermediária (40 a 64 anos); e 3- Adultos mais velhos (65 anos ou mais) (Mackenzie et al., 2019). Os achados destacam que os participantes da faixa etária de maior idade foram menos prováveis a adotar os dois tipos de estigmatização. Além disso, foram os que obtiveram comportamentos mais positivos em relação à busca por tratamento. Apesar disso, foi nesta faixa etária que o efeito indireto do estigma público, no estigma internalizado relacionado à busca por intervenção em saúde mental foi mais protuberante. Ademais, foi maior entre os homens mais velhos o efeito do estigma internalizado na procura por tratamento (Mackenzie, et al., 2019).

As relações entre as produções

Os diferentes tipos de estigma relacionados à busca por tratamento em saúde mental demonstraram ser construtos complexos e de caráter multifacetado (Evans-Lacko et al., 2012) de modo que se apresentam de diferentes maneiras, em diferentes regiões geográficas (Mojtabai, 2009). Seus efeitos, assim como a magnitude dos mesmos, incidem de maneiras distintas sobre as populações. Foi evidenciado, por meio desta revisão de literatura, que existem particularidades relacionadas à dinâmica da estigmatização em cada sociedade, e que, dependendo dos seus processos históricos e sociais, podem apresentar semelhanças ou distinções (Nohr et al., 2021).

Mesmo em regiões no mesmo continente é possível encontrar diferenças significativas na maneira como o estigma funciona entre os indivíduos. Em localidades onde o suicídio ocorre com maior incidência, a disposição para procurar algum tipo de intervenção em saúde mental é menor (Reynders et al., 2013).

Existem variáveis que, em literaturas anteriores, geralmente, apresentam similaridades entre as culturas, como é o caso das mulheres que, em numerosos estudos se mostram como

um grupo mais disposto a procurar tratamento (Fischer & Turner, 1970; Horwitz, 1977; Kessler et al., 1981; Leaf et al., 1986; Leaf et al., 1987; Rule & Gandy, 1994; Komiya et al., 2000). Nesta revisão, em amostras nos Estados Unidos da América, na região dos Flandres e Países Baixos, encontraram-se estudos que corroboram com estes achados (Reynders et al., 2013; Alvidrez et al., 2010). Já, em amostras gerais da União Europeia (Mojtabai, 2009), evidenciou-se que as mulheres apresentam menor probabilidade de buscar tratamento. No estudo que foi realizado com participantes cubanos e alemães, não foram obtidas diferenças significativas em relação ao gênero, no que tange a estes aspectos (Nohr et al., 2021).

Em relação aos homens, nos Flandres e Países Baixos, eles foram relacionados a maiores níveis de vergonha e estigma internalizado (Reynders et al., 2013). Já na amostra afro-americana, o gênero masculino foi associado a maior estigma público (Alvidrez et al., 2010). No Canadá, o estigma internalizado relacionado à busca por tratamento também foi maior entre os homens (Mackenzie et al., 2019).

Em relação ao nível educacional dos participantes, nas duas amostras do Eurobarómetro (Mojtabai, 2009; Evans-Lacko et al., 2012), maior escolaridade foi relacionada à menores incidências de comportamentos gerais estigmatizantes. Já nos Flandres e Países Baixos (Reynders et al., 2013), e entre indivíduos afro-americanos (Alvidrez et al., 2010), pessoas mais escolarizadas apresentaram maiores níveis de estigma público.

A idade também foi uma variável que apresentou distinções entre as localidades. Os participantes mais velhos obtiveram maiores incidências de estigma em geral na União Europeia (Mojtabai, 2009). Já em Cuba, a mesma faixa etária apresentou maior disposição para procurar algum tipo de tratamento em saúde mental (Nohr et al., 2021). Na Alemanha, os indivíduos de maior idade foram associados a menores níveis de estigma internalizado no que tange à busca por alguma intervenção na mesma área (Nohr et al., 2021). Já entre os canadenses, idades avançadas associaram-se a menor nível de estigmatização em geral,

porém obtiveram maior estigma internalizado relacionado à busca por tratamento (Mackenzie et al., 2019).

Embora as publicações tenham trazido distinções entre as variáveis supracitadas, é possível encontrar similaridades entre os processos estigmatizantes. Após analisar os estudos incluídos na presente revisão, é possível afirmar que, em consonância com os achados de Nohr e colaboradores (2021), o estigma é uma barreira universal no que tange ao acesso ao tratamento dos transtornos mentais.

Um elemento importante para que se pense em intervenções acerca da mitigação dos comportamentos estigmatizantes é observar quais são os fatores que influenciam diretamente no processo de busca por tratamento. De acordo com alguns estudos, é o estigma internalizado que atua ativamente na procura por intervenções e informações sobre saúde mental. O estigma público apresenta influência indireta, tendo em vista que os comportamentos autoestigmatizantes se baseiam no estigma percebido de terceiros. O estigma internalizado também interfere no rótulo que o indivíduo atribui a si mesmo, enquanto diagnosticado com algum transtorno mental (Mojtabai, 2009; Evans-Lacko et al., 2012; Hantzi et al., 2018; Horsfield et al., 2019).

É importante destacar outro aspecto evidenciado nesta revisão, relacionado aos estágios iniciais da busca por tratamentos em saúde mental. O estigma foi principalmente associado, na Alemanha, a esta primeira etapa da procura por intervenções. Para evitar a rotulação, os indivíduos evitam de reconhecer sua própria condição, e, assim, não percebem necessidade de terapia, portanto, tampouco chegam a buscá-la (Schomerus et al., 2018; Horsfield et al., 2019).

A percepção dos indivíduos acerca da própria saúde mental também demonstrou ser um construto de destaque na dinâmica estigmatizante. Em algumas regiões europeias, como na Alemanha, atitudes estigmatizantes em geral foram associadas à baixa autopercepção da

saúde mental e menor necessidade percebida de tratamento (Schomerus et al., 2018), assim como, nos Flandres e Países Baixos, baixa autopercepção foi associada a autoestigma e vergonha (Reynders et al., 2013). Nos Estados Unidos, os participantes que apresentaram crenças mais negativas sobre os transtornos mentais, também foram associados à menor necessidade percebida de intervenções em saúde mental (Wong et al., 2018).

Mojtabai (2009) postulou, em seu estudo, que enquanto algumas atitudes estigmatizantes demonstram barreiras associadas ao tratamento, outros aspectos enquadrados como estigma não apresentam tal influência. Na pesquisa de Reynders e colaboradores (2013), embora o estigma público seja maior entre pessoas mais escolarizadas, este mesmo grupo também foi associado a atitudes mais positivas relacionadas à busca por tratamento. Já os achados de Alvidrez e colaboradores (2010) demonstraram que o estigma não foi associado a menores incidências de procura por intervenções de saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão teve como objetivo identificar como o estigma (e as suas particularidades) influenciam no comportamento de adultos em relação à busca por tratamento em saúde mental. Ao analisar as publicações selecionadas, observaram-se diferenças e similaridades nos processos estigmatizantes entre os países, demonstrando o caráter multifacetado do estigma (Evans-Lacko et al., 2012).

Apesar das distinções nas particularidades das atitudes estigmatizantes, os artigos indicam que o estigma se configura universalmente como um impedimento no que tange à procura (ou não) por tratamentos em saúde mental (Nohr et al., 2021). Entretanto, justamente por estes processos não ocorrerem da mesma maneira entre diferentes culturas, não é possível generalizar o formato do estigma, como ele ocorre, e em quais circunstâncias ele pode atuar como barreira para o tratamento.

Intervenções relacionadas ao estigma público, por exemplo, podem não apresentar tanto efeito em localidades onde é o autoestigma que atua diretamente na busca por tratamento. Da mesma forma, se não é a população mais velha que é a mais afetada pelo estigma, em determinadas localizações, provavelmente não ocorrerão efeitos significativos em fazer deste o público-alvo de campanhas de informação sobre transtornos mentais.

No Brasil, ainda são poucos os estudos relacionados a este tema. Mesmo assim, caso seja feita uma pesquisa na região Sul, por exemplo, não será possível generalizar estes dados para a região Norte, devido às diferenças culturais existentes. Dessa forma, para que se amplie o interesse da população no tratamento da sua saúde mental, é necessário que se produzam estudos regionais que explorem as particularidades de cada localidade, a fim de entender exatamente onde o estigma pode servir como obstáculo para o tratamento.

Além disso, destaca-se que o estigma não é a única barreira na busca de intervenções em saúde mental. Entretanto, ao decorrer dos anos, evidenciou-se que este pode ser o fator-chave na procura por tratamento, e, dessa forma, faz-se necessário ser explorado empiricamente no mundo inteiro, a fim de promover maior acesso à saúde mental, e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida para a população.

Por fim, perceberam-se algumas limitações no decorrer da presente revisão. Como o estigma é um processo amplamente estudado, além de possuir inúmeras particularidades, dependendo do contexto onde é estudado, não foi possível incluir, neste trabalho, muitas outras produções acadêmicas que trazem outras facetas do processo de estigmatização, as quais foram caracterizadas como sendo em contextos específicos e assim, excluídas da seleção das publicações.

Inicialmente, o objetivo deste trabalho era identificar os fatores estigmatizantes comprovados empiricamente, para, então, sugerir ações diretas que poderiam ser implementadas no contexto brasileiro, a fim de contribuir com a redução do estigma.

Entretanto, foi percebido que o estigma não é um construto que pode ser generalizado a partir da conclusão de estudos realizados em outros países, pois ele é modificado por diversas variáveis, como o contexto histórico, social e cultural das localidades. Sendo assim, não foi possível produzir sugestões de ações práticas de combate ao estigma em solo brasileiro.

Ademais, perceberam-se algumas limitações de linguagem, relacionadas à tradução. O termo *help-seeking* é um dos mais utilizados como palavra-chave ao produzir-se estudos sobre a busca por tratamento. Entretanto, sua tradução literal, “busca por ajuda”, não representa, na língua portuguesa, a ação relacionada à procura por intervenções terapêuticas. Dessa forma, foi necessária a adaptação do termo, e, assim, talvez influenciar na tradução de alguns resultados dos estudos incluídos.

Por fim, constata-se a escassez de estudos brasileiros sobre a temática. Não foram encontradas, a partir da presente busca, outras revisões sistemáticas brasileiras sobre o tema. Dessa forma, apesar das limitações constatadas, o presente trabalho contribui com a facilitação do acesso da comunidade brasileira a informações que podem estar restritas a publicações em inglês, ampliando a democratização do acesso às produções científicas do exterior, e incentivando a produção de outros estudos no país sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

- Alvidrez, J., Snowden, L. R., & Patel, S. G. (2010). The Relationship between Stigma and Other Treatment Concerns and Subsequent Treatment Engagement among Black Mental Health Clients. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(4), 257–264.
<https://doi.org/10.3109/01612840903342266>
- Baptista, M. N., Guimarães, L. D. A., & Vogel, D. L. (2016). Evidências de validade da escala PSOSH: Estigmatização e procura de ajuda psicológica [Review of Evidências de validade da escala PSOSH: Estigmatização e procura de ajuda psicológica]. *Psicologia Em Pesquisa - UFJF, 10*(2), 67–75.
<https://doi.org/10.24879/201600100020061>
- Baptista, M. N., & Zanon, C. (2017). Why not Seek Therapy? The Role of Stigma and Psychological Symptoms in College Students. *Paidéia (Ribeirão Preto), 27*(67), 76–83. <https://doi.org/10.1590/1982-4327276720170>
- Bayer, J. K., & Peay, M. Y. (1997). Predicting Intentions to Seek Help from Professional Mental Health Services. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 31*(4), 504–513. <https://doi.org/10.3109/00048679709065072>
- Bowden, C. L., Schoenfeld, L. S., & Adams, R. L. (1980). Mental health attitudes and treatment expectations as treatment variables. *Journal of Clinical Psychology, 36*(3), 653–657.
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198007\)36:3<653::aid-jclp2270360307>3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198007)36:3<653::aid-jclp2270360307>3.0.co;2-h)
- Colman, L., Delaruelle, K., Luypaert, C., Verniest, R., & Bracke, P. (2020). Burdens in mental health recovery: Causal beliefs and their relation to stigma and help seeking recommendations. *International Journal of Social Psychiatry, 00*(0).
<https://doi.org/10.1177/0020764020973249>

- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614>
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42(8), 1741–1752. <https://doi.org/10.1017/s0033291711002558>
- Fischer, E. H., & Turner, J. LeB. (1970). “Orientations to Seeking Professional Help: Development and Research Utility of an Attitude Scale”: Erratum.. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(3), 375–375. <https://doi.org/10.1037/h0020198>
- Golberstein, E., Eisenberg, D., & Gollust, S. E. (2008). *Perceived Stigma and Mental Health Care Seeking*. *Psychiatric Services*, 59(4), 392–399. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.4.392>
- Good, G. E., Dell, D. M., & Mintz, L. B. (1989). Male role and gender role conflict: Relations to help seeking in men. *Journal of Counseling Psychology*, 36(3), 295–300. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.3.295>
- Good, G. E., & Wood, P. K. (1995). Male Gender Role Conflict, Depression, and Help Seeking: Do College Men Face Double Jeopardy? *Journal of Counseling & Development*, 74(1), 70–75. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01825.x>
- Hantzi, A., Anagnostopoulos, F., & Alexiou, E. (2018). Attitudes Towards Seeking Psychological Help: An Integrative Model Based on Contact, Essentialist Beliefs About Mental Illness, and Stigma. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(2), 142–157. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9573-8>
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297–305. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000100036>

- Horsfield, P., Stolzenburg, S., Hahm, S., Tomczyk, S., Muehlan, H., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2019). Self-labeling as having a mental or physical illness: the effects of stigma and implications for help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01787-7>
- Kessler, R. C., Brown, R. L., & Broman, C. L. (1981). Sex Differences in Psychiatric Help-Seeking: Evidence from Four Large-Scale Surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(1), 49. <https://doi.org/10.2307/2136367>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Leaf, P. J., Bruce, M. L., & Tischler, G. L. (1986). The differential effect of attitudes on the use of mental health services. *Social Psychiatry*, 21(4), 187–192. <https://doi.org/10.1007/bf00583999>
- Leaf, P. J., Bruce, M. L., Tischler, G. L., & Holzer, C. E. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology*, 15(2), 275–284. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(198704\)15:2<275::aid-jcop2290150216>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198704)15:2<275::aid-jcop2290150216>3.0.co;2-j)
- Mackenzie, C. S., Heath, P. J., Vogel, D. L., & Chekay, R. (2019). Age differences in public stigma, self-stigma, and attitudes toward seeking help: A moderated mediation model. *Journal of Clinical Psychology*, 75(12), 2259–2272. <https://doi.org/10.1002/jclp.22845>
- Moher, D. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>

- Mojtabai, R. (2009). Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 705–712. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0109-2>
- Nascimento, L. A., & Leão, A. (Jan-Mar de 2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, pp. 103-121.
- Nohr, L., Lorenzo Ruiz, A., Sandoval Ferrer, J. E., & Buhlmann, U. (2021). Mental health stigma and professional help-seeking attitudes a comparison between Cuba and Germany. *PLOS ONE*, 16(2), e0246501. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246501>
- Organização Pan-Americana da Saúde | OPAS/OMS. (n.d.). Depressão. <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
- Parlamento europeu (n.d.). Eurobarómetro. <https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/pt/be-heard/eurobarometer>
- Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde | Ministério da Saúde (2020). <https://aps.saude.gov.br/noticia/10658>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2013). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0745-4>
- Robertson, J. M., & Fitzgerald, L. F. (1992). Overcoming the masculine mystique: Preferences for alternative forms of assistance among men who avoid counseling.

Journal of Counseling Psychology, 39(2), 240–246.

<https://doi.org/10.1037/0022-0167.39.2.240>

Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2018). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(4), 469–479. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0896-0>

Wong, E. C., Collins, R. L., Breslau, J., Burnam, M. A., Cefalu, M., & Roth, E. A. (2018). Differential Association of Stigma with Perceived Need and Mental Health Service Use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(6), 461–468. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000831>

Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)

Apêndice 1. Tabela com os principais resultados dos estudos analisados.

Autor e ano	Amostra	Delineamento	Objetivos	Instrumentos	Resultados
Corrigan (2004)	-	Texto teórico	Aprimorar o conceito do estigma, trazendo definições de estigma público e internalizado	-	-
Mojtabai (2009)	29.248 participantes respondentes do Eurobarômetro 2006	Estudo quantitativo	Examinar a perspectiva sociocultural sobre o estigma relacionado à saúde mental, e explorar a relação entre o estigma e a busca por tratamento profissional	Questões sobre pensamentos da população em relação aos transtornos mentais e a probabilidade de procurar tratamento profissional (perguntas presentes no Eurobarômetro)	Idade avançada associada à maior incidência de estigma; Mulheres, pessoas com maior nível educacional e pessoas que já passaram por tratamento psicológico ou medicamentoso apresentaram menor incidência de comportamentos estigmatizantes
Alvidrez et al. (2010)	42 adultos (amostra com população exclusivamente negra)	Utilizados os dados de um estudo piloto randomizado	Examinar a relação dos dois tipos de estigma com fatores demográficos, clínicos e comportamentais e a relação do estigma com o envolvimento subsequente no tratamento	Global Severity Score of the Brief Symptom Inventory; Patient's Experience of Hospitalization Scale (PEH) - adaptada; The Devaluation-Discrimination Scale; Questões sobre estigma presentes no Eurobarômetro	Homens e ter maior nível educacional foi relacionado à maior nível de estigma público; o estigma não foi correlacionado à menor busca de tratamento, porém nem todos os participantes aderiram posteriormente ao tratamento
Evans-Lacko et al. (2012)	1.835 participantes respondentes do Eurobarômetro 2006 e 2010	Estudo quantitativo	Investigar fatores específicos da população em geral e a associação com os estigmas público e internalizado entre indivíduos com transtornos mentais	Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI); Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD); Boston University Empowerment Scale (BUES)	Menores níveis de autoestigma foram associados a pessoas empregadas e com grau de escolaridade avançado; O nível de percepção de discriminação é maior entre pessoas com esquizofrenia, do que entre indivíduos com depressão; Menores níveis de autoestigma e discriminação percebida foram associados a menores níveis de atitudes estigmatizantes, maiores níveis de busca por terapia e maior acesso à informações sobre transtornos mentais
Reynders et al. (2013)	2999 residentes dos Flandres e Países Baixos	Estudo quantitativo	Investigar as diferenças entre os países em relação aos comportamentos estigmatizantes, e sua relação com a procura por ajuda (formal ou informal)	Mental Health Summary Scale (MH); 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36); 6 itens criados pelos autores sobre intenção de procurar ajuda; Self-Stigma of Seeking Help-Scale (SSOSH); 3 itens criados pelos autores sobre vergonha para buscar ajuda; Perceived Devaluation-Discrimination-scale; Atitudes toward Seeking Professional Psychological Help- scale (Short form)	Mulheres e indivíduos com maior nível educacional e pessoas solteiras foram associados a atitudes mais positivas em relação à busca por tratamento; O estigma público foi mais percebido entre jovens adultos, pessoas com maior nível educacional e indivíduos com baixa autopercepção sobre saúde mental; Os residentes dos Países Baixos obtiveram maior otimismo sobre tratamento, menor estigma internalizado e vergonha, em comparação aos moradores dos Flandres
Knaak et al. (2017)	-	Texto Teórico	Descrever as principais barreiras ao acesso de tratamento, encontradas em literatura prévia, originadas no interior próprios serviços de saúde, através da estigmatização de pacientes	-	-

Hantzi et al. (2018)	119 participantes da Grécia	Estudo quantitativo	Desenvolver um modelo que descreva as atitudes relacionadas à busca por tratamento	Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help (ATSPPH); Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH); Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH); Negative Beliefs Toward Mental Illness (BMI); Essentialist Beliefs Scale (adaptada); Questões sobre ansiedade intergrupo, contato direto e estendido com pessoas com transtornos mentais	É o estigma internalizado que atua de maneira direta na decisão de buscar, ou não, ajuda; A barreira sobre preconceitos forja percepções de estigma internalizado relacionado à procura por psicoterapia; As crenças existenciais estão diretamente conectadas a estereótipos negativos sobre transtornos mentais
Schomerus et al. (2018)	233 participantes alemães	Estudo quantitativo	Investigar a relação da autoidentificação, necessidade percebida e intenção de buscar tratamento com a, de fato, busca pelas intervenções; Como as atitudes estigmatizantes individuais influenciam neste processo	Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.); Self-Identification as Having Mental Illness - Scale (SELF-I); Depression Literacy Scale (D-Lit); Perguntas criadas pelos autores sobre necessidade percebida de tratamento, se os participantes procurariam tratamento de um clínico geral ou profissional de saúde mental e discriminação; Social Distance Scale; Patient Health Questionnaire (PHQ-D)	O estigma foi relacionado a baixa autopercepção de problemas de saúde mental e menor necessidade percebida de tratamento; o estigma internalizado provoca nas primeiras etapas da busca por tratamento, quando os indivíduos ainda não se identificaram por completo ao segmento de pessoas com transtornos mentais
Wong et al. (2018)	1954 respondentes da California Well-Being Survey	Estudo quantitativo	Avaliar as associações de diferentes tipos de estigma e necessidade percebida de tratamento de saúde mental, bem como o uso real do tratamento	California Well-Being Survey (CWBS)	A utilização de serviços de saúde mental foi associada à maior conhecimento sobre saúde mental, além de menores taxas de crenças negativas sobre transtornos mentais, e de atitudes negativas relacionadas a tratamento
Horsfield et al. (2019)	207 participantes alemães	Estudo quantitativo	Analisar o impacto dos dois tipos de estigma na auto-rotulação, e as relações entre a auto-rotulação e a procura por tratamento	Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.); Patient Health Questionnaire (PHQ-9); Self-Stigma of Mental Illness scale (SSMI); Questões criadas pelos autores sobre auto-rotulação, apoio à discriminação e se os participantes procurariam tratamento de um clínico geral ou profissional de saúde mental; Social Distance Scale;	As atitudes estigmatizantes são superiores entre pessoas que não se identificam com o rótulo de “doente” mental; O estigma internalizado (e somente este) interfere no rótulo que a pessoa atribui a si mesma, como tendo um transtorno mental

Mackenzie et al. (2019)	5.712 participantes canadenses	Estudo quantitativo	Examinar as diferenças de idade em relação aos dois tipos de estigma, e as atitudes em relação a busca por tratamento	Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH); Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH); Atitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPHS) - versão reduzida;	Adultos mais velhos foram menos prováveis de adotar atitudes estigmatizantes, além de obterem comportamentos mais positivos em relação à busca por tratamento; Nessa faixa etária o efeito indireto do estigma público estigma internalizado foi maior
Colman et al. (2020)	5.675 residentes dos Flandres	Estudo quantitativo	Analisar relação entre crenças causais e atitudes estigmatizantes e distanciamento social	Dados provenientes da “How are you doing” survey - 2019	Crenças biogenéticas e pessoais associam-se a maiores comportamentos estigmatizantes, enquanto as crenças psicossociais são associadas a menores níveis de estigma
Nohr et al. (2021)	195 participantes cubanos e 165 alemães	Estudo quantitativo	Investigar os comportamentos estigmatizantes e de busca por tratamento nas sociedades cubana e alemã	Beliefs towards mental illness scale (BMI); Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scales (CAMI); Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPHS-SF); Self-Stigma of Seeking Help scale (SSOSH)	Independente do contexto cultural, a busca por tratamento pode ser inibida pela maneira com que os indivíduos com transtornos mentais pensam sobre como a sociedade em geral irá tratá-los; CUBA: atitudes mais positivas em relação à busca por tratamento, menor incidência de estigma internalizado; ALEMANHA: menor nível de autoestigma em relação à procura por tratamento, crenças individuais prevêm o estigma internalizado, e atitudes comunitárias prevêm comportamentos de busca por tratamento. O estigma se provou ser uma barreira universal para o tratamento de transtornos mentais