

O ADOECIMENTO PSICOLÓGICO E A “LOUCURA”: UM ESTUDO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DA SAÚDE SOBRE PACIENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

PSYCHOLOGICAL ILLNESS AND “MADNESS”: A STUDY BASED ON HEALTH STUDENTS PERCEPTION OF PATIENTS IN PSYCHOLOGICAL DISTRESS

Gabriel Fernando da Silva dos Santos¹, Isabella Maria de Souza Costa Silva², Michele Guedes Mansor³, Micherleide Adla Rodrigues da Silva⁴, Tainá da Silva de Melo⁵, Rodrigo Mostaço Andrade⁶

¹Bacharel em Psicologia, Centro Universitário de Rio Preto, gabriell.fs.santoss@gmail.com; ²Bacharel em Psicologia, Centro Universitário de Rio Preto, isabellasouza2811@hotmail.com; ³Bacharel em Psicologia, Centro Universitário de Rio Preto, mansormichele06@gmail.com; ⁴Bacharel em Psicologia, Centro Universitário de Rio Preto, chen.life@gmail.com; ⁵Bacharel em Psicologia, Centro Universitário de Rio Preto, taina.melo1@gmail.com; ⁶Mestre em Psicologia e Saúde pela FAMERP e Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Rio Preto, rodrigo.andrade@edu.famerp.br

RESUMO- O presente projeto se propõe a investigar a percepção de estudantes de áreas da saúde sobre pacientes em sofrimento psíquico, objetivando compreender como uma possível estigmatização pode afetar o tratamento desses pacientes. Foi realizada uma pesquisa de campo, utilizando um questionário dirigido a esses estudantes com o objetivo de captar uma amostra representativa dessa percepção. A pesquisa, juntamente com uma análise bibliográfica sobre o tema, teve como pretensão identificar de que maneira os estudantes compreendem e avaliam os pacientes em sofrimento psíquico. Como conclusão da pesquisa, foi percebido que, apesar dos avanços em relação à inclusão de pessoas em estado de adoecimento psíquico, ainda há margem para evoluções, principalmente em relação a necessidade de mais intervenções educativas e culturais no ambiente acadêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Estigma. Saúde Mental. Profissionais da Saúde. Estudantes. Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT- This project aims to investigate the perception of students in health-related fields regarding patients experiencing psychological distress, with the goal of understanding how possible stigmatization may affect the treatment of these patients. A field survey was conducted, using a questionnaire directed at these students in order to capture a representative sample of their perceptions. The research, along with a bibliographic analysis on the subject, sought to identify how students understand and evaluate patients in psychological distress. As a conclusion of the study, it was observed that, despite advances in the inclusion of individuals with psychological illnesses, there is still room for improvement, especially in relation to the need for more educational and cultural interventions within the academic environment.

KEYWORDS: Stigma. Mental health. Healthcare professionals. Students. Psychological distress.

1 INTRODUÇÃO

O estigma, conceito frequentemente presente no contexto da saúde mental, é descrito por Patrick W. Corrigan e Amy C. Watson (2002) como um mecanismo social que se manifesta em três níveis: os estereótipos (representação cultural), o preconceito (reflexo do cultural) e a discriminação (o comportamento do preconceito). Já de acordo com Oliveira e Azevedo (2014, p. 227), o estigma pode ser definido como “um atributo, visível ou não, que denuncia uma imperfeição no indivíduo, que o desqualifica de uma aceitação comunitária plena, resultando em atitudes discriminatórias”.

No âmbito da saúde mental, o estigma e a estigmatização são amplamente difundidos, afetando intensamente o tratamento, o bem-estar e a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças ou transtornos mentais. O estigma pode levar à precarização do atendimento adequado e ao agravamento do sofrimento psíquico, influenciando negativamente o funcionamento psicossocial dos indivíduos (Oliveira & Azevedo, 2014).

O presente trabalho propõe-se, então, a investigar nos futuros profissionais da saúde, ainda estudantes, os estigmas e preconceitos associados ao processo de adoecimento e sofrimento mental, assim como de que forma a graduação pode ter contribuído e impactado em seu enfrentamento, tendo como objetivo verificar, através de pesquisa de campo por meio de questionário dirigido, a percepção desses estudantes em relação a pacientes em sofrimento psíquico, além de analisar e compreender aspectos da estigmatização da saúde mental nos tempos atuais e seu impacto na saúde pública e privada.

Para isso, foram promovidas discussões acerca do papel do estigma nos mecanismos de inclusão e exclusão social, de sua influência no tratamento de pacientes e do papel dos profissionais e estudantes da área da saúde na luta contra a estigmatização, de forma a contextualizar essas questões à luz das transformações históricas da saúde mental no Brasil. A análise dos dados coletados junto aos estudantes foi enriquecida através de revisão bibliográfica sobre o tema. Assim, objetivando identificar como a formação acadêmica e as experiências adquiridas influenciam a capacidade desses estudantes em fornecer um cuidado sensível e acolhedor às pessoas em sofrimento psíquico.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa com quantificação de frequências, utilizando métodos qualitativos e quantitativos de maneira complementar. A pesquisa buscou compreender dados subjetivos e imateriais por meio do método qualitativo (Minayo et al., 2002, p. 22) e obteve dados quantitativos, com indicadores e tendências observáveis (Minayo et al., 2002, p. 24). Essa combinação permite uma análise aprofundada e multifacetada dos fenômenos sociais abordados (Minayo & Sanches, 1993).

A pesquisa foi desenvolvida com base em um projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP), sendo aprovado no dia 16 de setembro de 2024 com parecer de número 7.078.105. Após sua aprovação, realizou-se a coleta de dados por meio de um formulário digital ministrado pela ferramenta *Google Formulários*, que foi divulgado através de redes sociais utilizando-se de um *link* que direcionava o participante ao formulário online.

O formato do formulário garantiu o anonimato dos participantes e incluiu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que trazia informações básicas sobre o processo da pesquisa, seus objetivos e as implicações da participação voluntária. Para que o indivíduo pudesse participar do questionário, ele(a) devia aceitar, confirmando que leu o Termo em sua integridade e que estava ciente das condições de participação. O formulário ficou disponível para coleta de respostas durante o período de 16 de setembro de 2024 à 24 de setembro de 2024.

O projeto teve como público-alvo os estudantes de graduação em cursos da área da saúde, especificamente os cursos de **psicologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, medicina** ou **biomedicina**, que estivessem matriculados em faculdades do município de São José do Rio Preto/SP, sem restrição de período mínimo ou máximo. Estimava-se, inicialmente, a participação de cerca de 60 indivíduos, mas a amostra final compreendeu 117 respostas.

O formulário online de pesquisa incluiu quatorze questões, das quais seis foram voltadas à identificação e oito caracterizavam-se como questões afirmativas sobre estigmas e atitudes em relação ao adoecimento mental, possuindo como referência a escala MICA-4 (Feijó et al., 2023; Rocha, Caetano & Madeira, 2020). Além disso, o formulário contava também com duas questões abertas, uma em relação a realização ou não de estágio durante o período da graduação, em que era solicitado a identificação do estágio realizado, além de outra pergunta acerca de observações ou comentários a serem feitos sobre a pesquisa.

A análise das respostas foi conduzida conforme o método de Laurence Bardin (1977), em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A fase de pré-análise incluiu uma revisão bibliográfica e a definição de hipóteses e objetivos. Na exploração, os dados foram codificados e categorizados para identificar padrões e frequências. Finalmente, na fase de tratamento, os resultados foram interpretados à luz das hipóteses e objetivos propostos, assim como do referencial teórico explorado, de forma a permitir discussões acerca do material coletado.

3 A ESTIGMATIZAÇÃO: CONCEITUAÇÃO TEÓRICA

O sociólogo Erving Goffman, em 1963, no livro “Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, estudou e descreveu a estigmatização social e seus efeitos sobre a identificação pessoal e social. Ele, que foi um dos primeiros pensadores do século XX a refletir e teorizar sobre a estigmatização, descreve o estigma como a rejeição social sobre indivíduos ou grupos com particularidades distintas do normativo. Porém, Goffman faz uma diferenciação primordial para o entendimento do funcionamento do estigma: ele divide a experiência da estigmatização em dois grupos, aqueles que são “discredited” (desacreditados) e os “discreditable” (desacreditáveis). O primeiro grupo sendo indivíduos que sofrem estigmas sobre alguma característica visível; como raça, etnia, gênero ou deficiência fisiológica. E o segundo, os “discreditable”, aqueles que possuem características não-visíveis; como transtornos ou deficiências mentais, portadores de doenças infecciosas ou orientação sexual fora da norma. Goffman estipula algumas diferenças na vivência da estigmatização entre esses dois grupos, e fala sobre como a identidade pessoal dessas pessoas pode ser afetada pela estigmatização externa que sofrem — e de formas diferentes dependendo de qual dos dois grupos (discredited ou discreditable) pertencem (Chaudoir, Earnshaw

& Andel, 2013).

Goffman entende a estigmatização a partir da visão do estigmatizado. Por outro lado, os autores Patrick W. Corrigan e Amy C. Watson, no artigo “Understanding the impact of stigma on people with mental illness”, publicado na revista *World Psychiatry* em 2002, tratam dos mecanismos de funcionamento da estigmatização enquanto fenômeno social. Eles estipulam que a estigmatização ocorre em três níveis: a esteriotipação, o preconceito e a discriminação. Os estereótipos são definidos como uma representação cultural sobre um grupo específico que perpassa pelo inconsciente coletivo. Isto é, são conhecimentos sociais ensinados e repassados para a maioria dos indivíduos inseridos neste grupo social, que de tanto serem repetidos e repassados cultural e geracionalmente, se tornam uma “verdade” dentro do imaginário dessa coletividade. Já o preconceito se expressa como um reflexo dessa esteriotipação, que é realizada socialmente. Ele surge através da junção dos conceitos ensinados pelos estereótipos, passando por um juízo de valor individual e, então, sendo formulado no consciente e inconsciente privativo. E é a partir do preconceito que podem emergir os comportamentos de discriminação, sendo eles os que causam efeito direto sobre o grupo atribuído (Corrigan & Watson, 2002).

Há, também, algumas literaturas que dividem o estigma em outras três dimensões: o conhecimento, atitudes e comportamento (Rocha & Caetano & Madeira, 2020). O conhecimento, aqui, podendo ser uma ferramenta de combate à estigmatização e à discriminação - que seriam as atitudes e comportamentos. Isto é, quanto maior o nível de conhecimento sobre um assunto ou grupo, menor o nível de estigma se obterá. Isso ocorre pois o primeiro nível da estigmatização, a esteriotipação, é intrinsecamente dependente da má informação e da ignorância sobre o assunto, para criação de conceitos intolerantes mal concebidos (Rocha & Caetano & Madeira, 2020).

Em suma, utilizando das palavras de Oliveira e Azevedo (2014, p. 227), o estigma é uma “desaprovação social severa devido a características presumidas ou verídicas, crenças ou comportamentos, que não estão de acordo com as normas econômicas, políticas, culturais ou sociais”; e suas formas de funcionamento e seu impacto sobre a sociedade são imensuráveis.

3.1. A ESTIGMATIZAÇÃO E SEUS EFEITOS SOBRE O ADOECIMENTO PSÍQUICO

Quando se traz essa conceituação do estigma para o âmbito da saúde e do adoecimento mental, faz-se preciso pensar que esse é um campo onde a estigmatização perpassa em diversas etapas e níveis. Ela pode afetar não só o bem-estar, a qualidade de vida e a auto aceitação dos pacientes, mas também dificultar a obtenção de tratamento adequado, por conta do autoestigma (Corrigan & Watson, 2002), pelo estigma social e, também, pelo estigma externalizado pelos próprios profissionais de saúde (Oliveira & Azevedo, 2014). O estigma sobre doenças mentais dificulta a realização e obtenção de diagnóstico, assim como acentua a demora na procura por ajuda por parte dos pacientes — o que acarreta na inviabilização do tratamento adequado (Soeiro, et al., 2022). Para a pessoa com doença mental, o estigma e a discriminação podem aumentar os níveis de stress e angústia, conduzindo a uma diminuição do funcionamento biopsicossocial, o que também causa diminuição no investimento do próprio paciente no processo do tratamento e acentua os sintomas antes já apresentados (Oliveira

& Azevedo, 2014).

É necessário também abordar que a estigmatização sobre a saúde mental ocorre de forma histórica no Brasil. Antes da Reforma Psiquiátrica (1989) e o crescente movimento da Luta Antimanicomial no país, os indivíduos considerados “loucos” — aqueles em sofrimento psíquico — eram discriminados e segregados socialmente. Havia o funcionamento difundido de hospitais psiquiátricos e manicômios que isolavam, limitavam e desumanizavam os adoecidos. Essas instituições buscavam oferecer tratamentos com enfoque no modelo biomédico, suprimindo as necessidades psicológicas, afetivas e sociais dos pacientes (Conselho Federal de Psicologia, 2022).

Nesse cenário, indivíduos considerados alienados da realidade, inseridos na loucura, que poderiam representar “perigo” para as outras pessoas eram isolados, perdendo sua rede de contatos e sendo afastadas de sua casa, passando a residir em instituições que assumiam o papel de administrar as suas vidas, definindo como viveriam, o que poderiam ou não fazer, e com quem e quando poderiam fazer (Conselho Federal de Psicologia, 2022). A conjuntura passa a se modificar quando se inicia, nos anos 1970, a popularização do movimento social da luta antimanicomial, a qual surge a partir da percepção de que pessoas em situação de loucura ou de adoecimento psíquico deveriam receber tratamentos mais humanizados e dignificantes (Hirdes, 2009). Nasce uma movimentação forte, tanto das comunidades médicas e acadêmicas, quanto da sociedade em si, a favor de uma reforma nas instituições de saúde mental. E, a partir disso, em 1987, ocorre a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos e manicômios (Hirdes, 2009). Anos depois, em abril de 2001, é realizada a sanção da Lei Nº 10.216, vigente em todo território nacional, que estipula a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como redireciona o modelo assistencial na saúde mental (Brasil, 2001).

Essa construção histórica do conceito de adoecimento mental e das estratégias de enfrentamento dos indivíduos afetados faz-se essencial para o entendimento em relação ao atual cenário de cuidados à pessoa adoecida, que, conforme abordado acima, passou por grandes mudanças e aprimoramentos, mas que ainda apresenta muitos pontos a serem desenvolvidos, sendo o estigma um deles, já que afeta a pessoa na busca de serviço e auxílio psicológico; a família e a sociedade como um todo, que ainda rotula a pessoa em busca de auxílio para seu sofrimento psíquico como “louco” (como usuários do CAPS); e dos próprios profissionais, que, por preconceitos próprios, podem não saber lidar com as pessoas ditas “loucas” ou também carregar estigmas acerca da “loucura” (Conselho Federal de Psicologia, 2022; Pires et al., 2023).

3.2. O “AUTOESTIGMA” E SUAS CONSEQUÊNCIAS NOS TRATAMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Para além da estigmatização social que o paciente em sofrimento psíquico perpassa, há também o enfrentamento do chamado autoestigma. Watson, no ensaio “Self-Stigma in People With Mental Illness” (2007), estipula o autoestigma como um fenômeno onde as pessoas com doença mental podem internalizar o estigma relacionado à doença mental e experimentar uma autoestima e autoconfiança diminuídas. Isso ocorre quando os estigmas e preconceitos sociais estão tão enraizados no indivíduo que ele mesmo reproduz esses conceitos em si — mesmo quando a representação não o cabe (Oliveira & Azevedo, 2014) —, podendo

causar distanciamento familiar e redução de interações sociais estabelecidas, pois há uma diminuição na autoestima, autoimagem e no autoconceito (Watson et al., 2007).

O autoestigma é também um tema de grande relevância no ambiente acadêmico, especialmente na área da saúde. Embora se espere uma maior abertura para discussões sobre saúde mental nesse contexto, muitas vezes isso não se concretiza. Os estudantes, seja por pressão interna ou externa, podem minimizar seu sofrimento mental, rotulando-o como "frescura", "drama", "piti" ou "loucura", resultando em uma menor (ou inexistente) disposição para buscar por ajuda (Lourenço et al., 2021, p. 5).

Essa realidade pode ser visualizada através do estudo conduzido por Soeiro et al. (2022, p. 7), pois dos 131 entrevistados na pesquisa, todos alunos devidamente matriculados no curso de medicina da Universidade do Estado do Pará (Uepa), 80% alegaram "concordar totalmente" que o preconceito e a discriminação interferem na busca por ajuda, diagnóstico e tratamento profissional. Este resultado torna claro que, mesmo em um curso de medicina, uma considerável margem de pessoas não se sentiria confortável em buscar por auxílio para seu sofrimento psíquico. Ou seja, o enfrentamento do autoestigma na saúde mental representa um desafio que envolve todas as áreas interdisciplinares da saúde, uma vez que impacta não apenas os pacientes, mas também os próprios profissionais (Oliveira & Azevedo, 2014).

4 FORMULÁRIO DA PESQUISA

As perguntas presentes no formulário da presente pesquisa possuem um caráter investigativo, abrangendo questões para identificação do participante (idade, gênero, curso, período, instituição de ensino e se já fez algum estágio na área da saúde), bem como perguntas que exploram a visão dos estudantes acerca do processo de adoecimento mental, identificando dessa forma possíveis fontes de estigma ou a ausências de estigmatização. Conforme no anexo I (Formulário da Pesquisa) deste estudo, ao todo, foram estipuladas quatorze questões para preenchimento dos participantes voluntários; sendo seis questões de identificação e oito questões que devem ser respondidas em grau de concordância com as afirmações — sendo "1" concordo totalmente e "5" discordo totalmente.

As perguntas de identificação foram redigidas para maior entendimento dos dados que serão analisados. Essas perguntas são importantes para que se possa classificar os dados sociodemográficos das informações obtidas nas demais questões do formulário (Rocha & Caetano & Madeira, 2020). Elas contêm informações básicas do participante, sendo elas: seu gênero de identificação, sua idade, instituição de ensino em que está matriculado, o curso a qual está cursando, o período da faculdade que está cursando no momento e se tem experiência prática na área de estudo.

As respostas das questões afirmativas foram pontuadas para avaliação do grau de estigmatização, permitindo tanto a análise qualitativa quanto a quantitativa das percepções dos estudantes. Das oito afirmativas, três demonstram alto grau de estigmatização quando assinaladas em "5", ou seja, "DISCORDO TOTALMENTE". Sendo elas as questões 7, 8 e 13 (conforme a Tabela 01 abaixo). Essas afirmativas apresentavam declarações sem ou com baixo teor de estigmatização da doença mental; elas foram formuladas para defender ideias concordantes com os direitos de pessoas em condição de sofrimento psíquico.

Tabela 01: Classificação de Pontuação - Grupo 1 (questões 7, 8 e 13)

1° GRUPO questões com pontuação máxima quando assinaladas em "5"	
Alternativa Assinalada	Pontuação
1 - CONCORDO TOTALMENTE	1
2 - CONCORDO PARCIALMENTE	2
3 - NEUTRO	0
4 - DISCORDO PARCIALMENTE	3
5 - DISCORDO TOTALMENTE	4

As demais cinco afirmativas, por outro lado, demonstram alto grau de estigmatização da doença mental quando assinalas em "1", isto é, "CONCORDO TOTALMENTE". São essas as questões 9, 10, 11, 12 e 14 (conforme a Tabela 02, abaixo). Essas afirmações foram elaboradas com intuito de serem concordantes com frases típicas de estigmatização das doenças mentais.

Tabela 02: Classificação de Pontuação - Grupo 2 (questões 9, 10, 11, 12 e 14)

2° GRUPO questões com pontuação máxima quando assinaladas em "1"	
Alternativa Assinalada	Pontuação
1 - CONCORDO TOTALMENTE	4
2 - CONCORDO PARCIALMENTE	3
3 - NEUTRO	0
4 - DISCORDO PARCIALMENTE	2
5 - DISCORDO TOTALMENTE	1

Foi-se utilizado como base para formulação das afirmativas e desenvolvimento do critério avaliativo e analítico a escala MICA-4; citada nos artigos "Tradução, adaptação e validação da escala MICA-4 no Brasil com aplicação para acadêmicos de Medicina" (Feijó et al., 2023) e "Conhecimentos e Estigma da Doença Mental nos Estudantes da Área da Saúde" (Rocha & Caetano & Madeira, 2020), ambos os quais discutem pesquisas semelhantes à proposta neste projeto — avaliar a estigmatização da saúde mental presente entre estudantes e/ou profissionais das áreas da saúde humana.

5 RESULTADOS DA PESQUISA

5.1. DADOS COLETADOS DA PESQUISA

Os dados da pesquisa foram obtidos através da veiculação do questionário

dirigido, que foi aplicado no período de 16 de setembro à 24 de setembro de 2024, apenas para o público-alvo — alunos matriculados em uma instituição de ensino de São José do Rio Preto / SP nos cursos de **psicologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, medicina** ou **biomedicina**. Ao final do período da pesquisa, 117 participantes responderam ao formulário. A seguir, serão apresentados os resultados obtidos. Os dados apresentados neste tópico servirão como base para a análise e discussão dos resultados posteriormente.

Conforme estipulado anteriormente, as primeiras seis perguntas do formulário foram perguntas de identificação, voltadas à coleta de dados básicos do participante. A primeira, para identificação de gênero, obteve **82,9%** dos participantes que se identificaram como do gênero feminino, enquanto **16,2%** se identificaram com o gênero masculino e **0,9%** se identificaram como gênero fluído. Na segunda pergunta, sobre faixa-etária, foram obtidas respostas variadas, sendo a maior parte dos participantes (**50 participantes**) da faixa etária de **20 a 22 anos**. Na terceira pergunta, para identificação da instituição de ensino em que o participante está matriculado, foi evidenciado um percentual de **39,3%** de estudantes da UNIRP (Centro Universitário de Rio Preto) e **19,7%** de estudantes da UNILAGO (União das Faculdades dos Grandes Lagos), sendo os outros **41%** de outras instituições variadas. Na quarta pergunta, para identificação do curso de matrícula, obteve-se **48,7%** de estudantes do curso de **psicologia**, **23,1%** de estudantes do curso de **medicina** e os outros **28,2%** dos **demais cursos**. Na quinta pergunta de identificação, foi solicitado o preenchimento do atual período em que o participante está matriculado, sendo a maior parte dos participantes do **1º ano** e do **3º ano** (**33 participantes** e **31 participantes**, respectivamente). E na sexta e última pergunta de identificação, o participante deveria responder se já fez ou está fazendo estágio ou alguma atuação profissional na área que estuda, onde **63,2%** afirmou que sim. Abaixo, apresentamos os gráficos com as respostas das seis primeiras perguntas — as de identificação.

Qual gênero você se identifica?

117 respostas

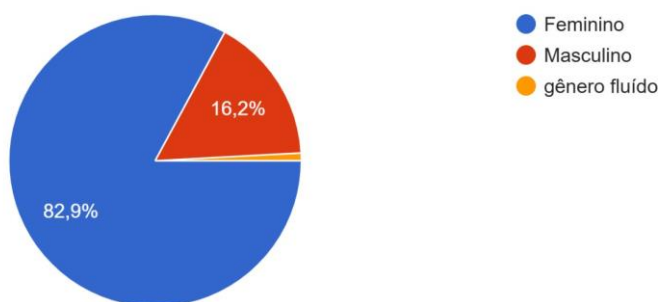


Figura 01: Gráfico de respostas - Questão 01 do formulário

Qual sua idade?

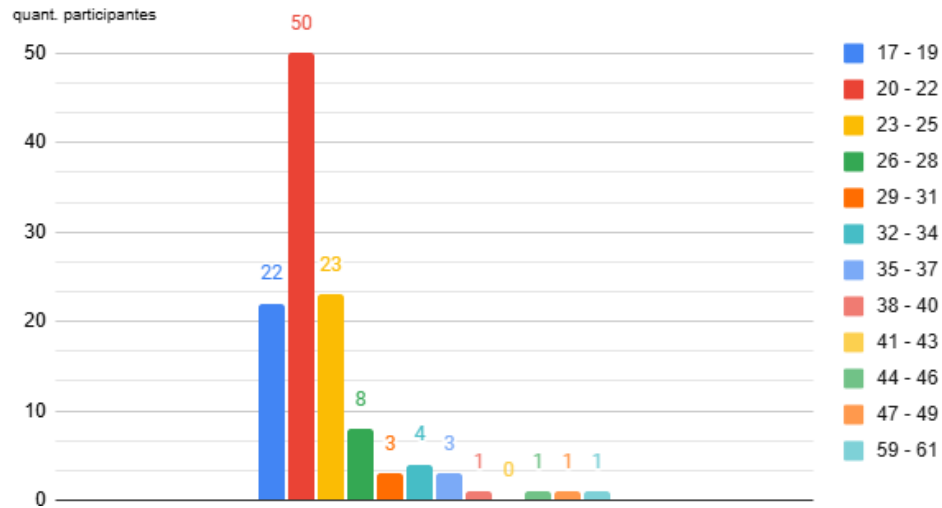


Figura 02: Gráfico de respostas - Questão 02 do formulário

Instituição de Ensino

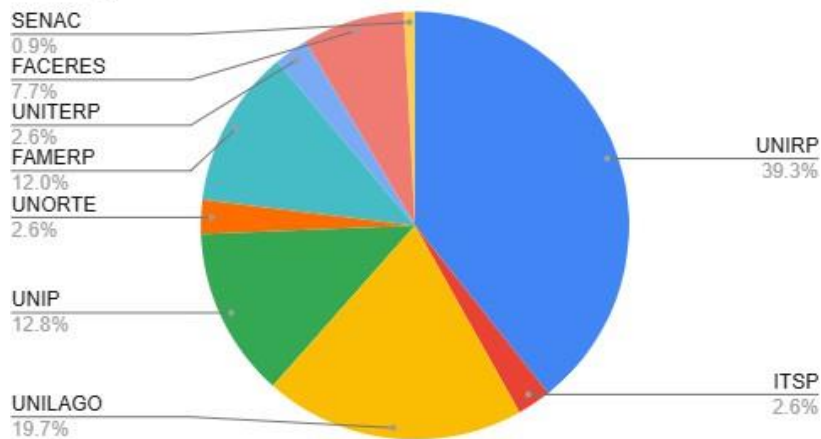


Figura 03: Gráfico de respostas - Questão 03 do formulário

Curso que está matriculado (a)

117 respostas

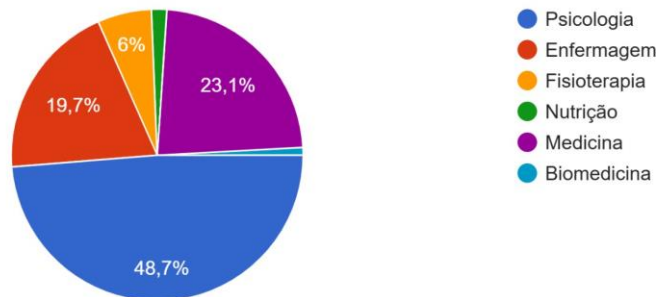


Figura 04: Gráfico de respostas - Questão 04 do formulário

Período que está cursando:

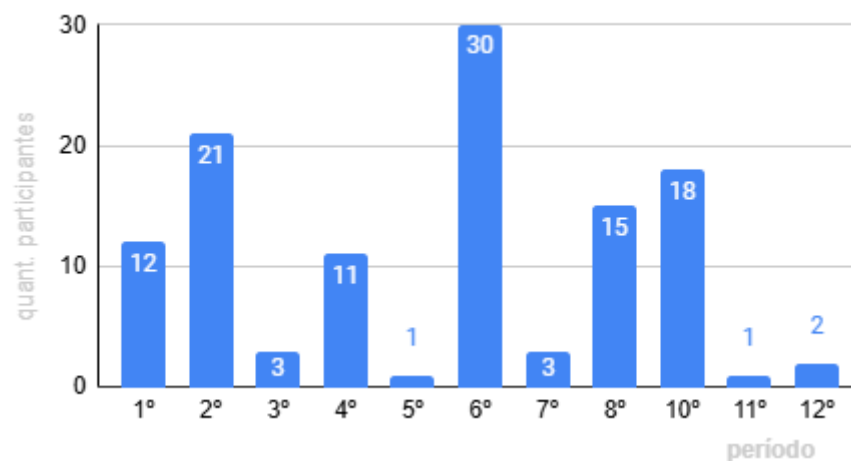


Figura 05: Gráfico de respostas - Questão 05 do formulário

Você já fez ou está fazendo estágio ou alguma atuação profissional na área que estuda?

117 respostas

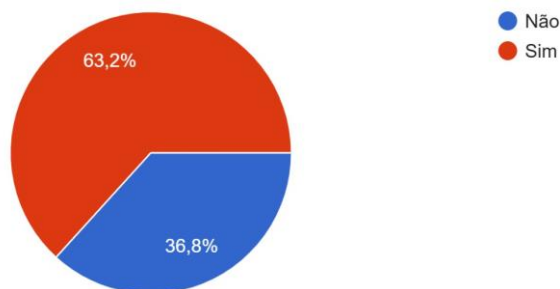


Figura 06: Gráfico de respostas - Questão 06 do formulário

As demais oito perguntas trabalhadas no formulário são objetivas e foram formuladas para análise do grau de estigmatização que os participantes possuem sobre a “loucura” e o contato com pessoas em um estado de adoecimento psíquico. Abaixo, está apresentada uma tabela com as respostas obtidas.

Tabela 03: Distribuição das respostas referentes às 8 questões afirmativas do formulário

Questão	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Neutro	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
<i>Me sentiria confortável em trabalhar ou interagir com alguém que tem doença mental tanto quanto me sentiria com uma pessoa com doença física.</i>	58 (49,6%)	40 (34,2%)	11 (9,4%)	5 (4,3%)	3 (2,6%)
<i>Acredito que pessoas com doenças mentais podem conviver em sociedade normal e viver vidas totalmente produtivas e saudáveis.</i>	55 (47%)	48 (41%)	7 (6%)	6 (5,1%)	1 (0,9%)
<i>Eu teria receio ou não me sentiria preparado para atender um paciente com</i>	5 (4,3%)	27 (23,1%)	9 (7,7%)	43 (36,8%)	33 (28,2%)

<i>algum tipo de doença mental.</i>					
<i>Se eu tivesse uma doença mental, eu nunca admitiria isso a meus amigos por medo de vir a ser tratado de forma diferente.</i>	10 (8,5%)	20 (17,1%)	11 (9,4%)	27 (23,1%)	49 (41,9%)
<i>Pessoas com doenças mentais são frequentemente mais perigosas.</i>	1 (0,9%)	11 (9,4%)	14 (12%)	54 (46,2%)	37 (31,6%)
<i>Se uma pessoa com doença mental reclamasse para mim de algum problema ou dificuldade (sendo ele físico, social, afetivo ou de produtividade), eu atribuiria isso a doença mental.</i>	0 (0%)	11 (9,4%)	20 (17,1%)	46 (39,3%)	40 (34,2%)
<i>A sociedade não precisa ser protegida de pessoas com</i>	47 (40,2%)	26 (22,2%)	15 (12,8%)	22 (18,8%)	7 (6%)

<i>doenças mentais.</i>					
<i>Eu usaria / já usei termos como “louco”, “doido”, “maluco”, ou parecido para descrever pessoas com doenças mentais.</i>	26 (22,2%)	36 (30,8%)	9 (7,7%)	18 (15,4%)	28 (23,9%)

5.2. ANÁLISE DOS DADOS

A análise do estudo ocorreu conforme a coleta de dados do formulário de pesquisa, tendo como base as informações descritas na Figuras 01 à 06 e na Tabela 03, localizadas acima.

A análise das respostas indica que a maioria dos estudantes da área de saúde localizados na cidade de São José do Rio Preto apresenta uma visão positiva e inclusiva em relação às pessoas com doenças mentais, evidenciando uma predisposição acolhedora e relativamente livre de preconceitos diretos. Na primeira questão da Tabela 03, por exemplo, cerca de **83,8%** dos participantes afirmaram que se sentiriam confortáveis (total ou parcialmente) em interagir com alguém com doença mental, assim como se sentiriam com uma pessoa com doença física. Este dado revela uma aceitação significativa e sugere que o convívio com indivíduos em sofrimento mental é amplamente considerado normal, o que se reflete também na segunda questão da Tabela 03, onde **88%** dos respondentes concordam que essas pessoas podem viver de forma produtiva e saudável. Esse entendimento contribui para uma imagem mais humanizada e empoderada de indivíduos com transtornos mentais, mostrando que, para a maioria dos estudantes, o adoecimento mental não representa um impedimento à plena funcionalidade na sociedade.

Por outro lado, ao se considerar as respostas sobre a preparação e confiança dos estudantes para atender pacientes com doenças mentais, observa-se uma leve divisão. Embora **65%** dos respondentes discordem, total ou parcialmente, da afirmação de que teriam receio ou despreparo, cerca de **27,4%** dos estudantes expressaram insegurança quanto a essa atuação. Esse percentual pode sugerir uma lacuna no conhecimento prático ou na capacitação específica para lidar com transtornos mentais, o que evidencia a necessidade de intervenções educacionais que proporcionem maior segurança nesse campo.

Em relação ao estigma, **65%** dos participantes discordaram (total ou parcialmente) da afirmação de que não admitiriam um diagnóstico de doença mental para amigos, demonstrando que, para a maioria, a autodeclaração desse tipo de condição não representaria um problema. Ainda assim, **25,6%** dos respondentes

ainda demonstram receio em admitir essa condição, um dado que sinaliza a existência de um possível autoestigma, que pode afetar a autoimagem e as interações pessoais.

A percepção de que pessoas com doenças mentais são perigosas mostrou-se mínima entre os estudantes, com **77,8%** discordando dessa associação. Esse resultado mostra-se positivo, pois desafia o estereótipo negativo de periculosidade, sugerindo um avanço no entendimento do adoecimento mental como uma condição não associada à ameaça. Ademais, quando questionados se atribuiriam dificuldades de alguém com doença mental à sua condição, mais de **73%** dos estudantes discordaram dessa afirmativa. Este dado reflete uma percepção menos reducionista, indicando que os estudantes reconhecem as várias dimensões que compõem a vida de uma pessoa em sofrimento mental e não limitam suas dificuldades exclusivamente ao diagnóstico.

Além disso, cerca de **62,4%** dos participantes afirmaram que concordam, total ou parcialmente, com a ideia de que a sociedade não precisa ser protegida de pessoas com doenças mentais, o que evidencia uma maior consciência em relação à necessidade da inclusão desses indivíduos, evitando a segregação. Apesar disso, no entanto, **24,8%** discordam da afirmativa, o que representa um ainda receio em relação às pessoas em estado de adoecimento mental.

Por fim, observa-se uma polarização de opiniões quanto ao uso de termos pejorativos, como “louco”, “doido” ou “maluco” para descrever pessoas com doenças mentais. Embora **53%** dos participantes admitam já ter usado esses termos, **39,3%** discordam de seu uso, revelando uma convivência entre práticas tradicionais e um crescente cuidado com a linguagem. Essa variabilidade indica que, embora muitos estudantes adotem um discurso sensível, existe espaço para maior conscientização sobre o impacto negativo e estigmatizante do uso desses termos.

Além da análise por porcentagem apresentada acima, foi realizada também a análise através das pontuações de cada participante do formulário de pesquisa, que foi explicada em “FORMULÁRIO DA PESQUISA”. Através de suas contribuições, foi possível a elaboração das tabelas abaixo.

Tabela 04: Pontuação por período da graduação

Período	Média aritmética (aproximada)	Maior pontuação	Menor pontuação
1º	13,25	19	7
2º	12,95	21	7
3º	15,33	21	10
4º	12,73	16	10

5º	12	12	12
6º	13,2	18	8
7º	13,67	14	13
8º	15	21	8
9º	0	0	0
10º	13,67	21	6
11º	14	14	14
12º	13	13	13

Tabela 05: Pontuação por curso de graduação

Curso	Média aritmética (aproximada)	Maior pontuação	Menor pontuação
Biomedicina	14	14	14
Enfermagem	13,83	21	7
Fisioterapia	13,14	16	11
Medicina	13,63	20	10
Nutrição	17	21	13

Psicologia	13,18	21	6
-------------------	-------	----	---

A média geral da pontuação individual de cada participante foi de **13,48 pontos**, com uma amplitude de respostas variando entre o mínimo de **6 pontos** e o máximo de **21 pontos**. Essa variação indica a existência de uma ampla diversidade na percepção dos estudantes em relação ao estigma associado à saúde mental.

Ao segmentar a análise por períodos da graduação, observa-se uma oscilação nas médias das pontuações. O **primeiro período** apresentou uma média de **13,25**, com uma variação de **7 a 19 pontos**, enquanto o **segundo período** teve uma média ligeiramente inferior, de **12,95**, com um intervalo semelhante de pontuações mínimas e máximas, sendo de **7 e 21 pontos**. No **terceiro período**, embora o número de respostas tenha sido reduzido (apenas 3 respostas), a média mais alta (**15,33**) sugere uma percepção levemente mais estigmatizada, com respostas variando entre **10 e 21 pontos**.

Durante o **quarto e quinto período** é possível notar uma constância, tendo como médias de pontos **12,73 e 12** (apenas uma resposta), respectivamente. No **sexto período**, no entanto, é possível notar um aumento da pontuação de estigma, ao qual alcança **13,2 pontos**, chegando a **13,67 pontos** durante o **sétimo período**, apesar da pouca amostra (apenas 3 respostas).

Nos períodos mais avançados, como o **oitavo (15)** e o **décimo (13,67)**, observa-se novamente uma maior proximidade ao limite superior da escala, indicando uma possível flutuação das percepções ao longo do tempo acadêmico.

A análise por cursos revela diferenças ainda mais marcantes. Os participantes de **nutrição**, embora em número reduzido (apenas 2 respostas), apresentaram a maior média (**17 pontos**) e um intervalo de **13 a 21 pontos**, sugerindo maior presença de estigmatização. Por outro lado, estudantes de **fisioterapia e psicologia** apresentaram médias mais baixas, de **13,14 e 13,18 pontos**, e com os menores valores observados, sendo **11 pontos e 6 pontos**, respectivamente. Os alunos de **enfermagem e medicina**, que compuseram uma significativa parcela da amostra, registraram médias intermediárias (**13,83 e 13,63**, respectivamente), com amplitudes notáveis nos valores obtidos. A única resposta da área de **biomedicina** apresentou pontuação fixa de **14 pontos**, inviabilizando comparações mais amplas.

A correlação entre o progresso acadêmico e o curso escolhido com a pontuação obtida pode indicar tendências importantes. Estudantes de períodos iniciais podem apresentar uma visão menos crítica devido à menor exposição à prática clínica e às discussões aprofundadas sobre saúde mental. No entanto, a presença de valores elevados em períodos avançados, como observado no oitavo e décimo períodos, sugere que fatores individuais ou contextuais podem influenciar as percepções, independentemente do avanço acadêmico. Faz-se importante evidenciar, ainda, que a realização de estágios curriculares, aos quais iniciam-se normalmente no segundo ou terceiro ano letivo, podem impactar na manifestação de estigma dos estudantes, desde que, durante a experiência, os discentes terão maiores chances de se relacionar com o “diferente”, evidenciando dessa forma seus estigmas e preconceitos.

De forma geral, os dados sugerem que os estudantes de saúde demonstram uma visão relativamente inclusiva e empática em relação às doenças mentais, mas que ainda há desafios a serem enfrentados, especialmente no que tange à

segurança no atendimento e ao uso de uma linguagem que evite reforçar estigmas. Embora haja uma predominância de respostas com baixos níveis de estigmatização, ainda existe uma diversidade significativa nas percepções individuais. Essa variação reforça a importância de estratégias educativas voltadas à redução do estigma durante a formação acadêmica, considerando as especificidades de cada curso. Além disso, as disparidades identificadas indicam a necessidade de investigações adicionais, com amostras mais representativas, para melhor compreender as causas dessas diferenças e implementar estratégias educativas que reduzam o estigma em todas as áreas da saúde.

6 DISCUSSÃO DA PESQUISA

Paulo Amarante, um dos principais teóricos sobre saúde mental no Brasil, estipula que o tratamento oferecido às pessoas com transtornos mentais, conhecidos como “loucos”, era de acordo com o modelo chamado de “asilar” (Amarante, 2007). Ele define esse regime como um modelo de tratamento que se caracteriza pelo isolamento e segregação das pessoas com transtornos mentais em instituições fechadas. Segundo ele, o conceito de tratamento asilar envolve uma abordagem que não busca a recuperação ou reintegração social do indivíduo, mas sim o controle e a separação da sociedade, frequentemente por meio de métodos punitivos e desumanizantes (Amarante, 2007). Esse termo se equipara ao trabalhado por Erving Goffman (1922-1982) em “Manicômios, Prisões e Conventos”, as “instituições totais”. Goffman descreve as instituições totais como instituições que controlam e regulam a vida dos indivíduos de maneira absoluta, de forma que esses indivíduos passam por um isolamento social e são submetidos a um rígido sistema de regras e hierarquias — gerando, de forma arquitetada, um processo de perda de sua identidade social. Ambos os autores, Amarante e Goffman, se referem e tecem críticas aos hospitais psiquiátricos e manicômios.

O autor brasileiro Heitor Resende, em seu livro “Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica” (2001), oferece uma análise histórica das políticas de saúde mental no Brasil. Ele destaca que, ainda no período colonial, no século XIX, muito influenciado por pensamentos europeus do século XVIII, já se observava a prática de separar e segregar os indivíduos com transtornos mentais da sociedade. Esses indivíduos eram vistos como um risco ou um problema, sendo, portanto, sujeitos a um controle institucional. Dessa forma, a história dos transtornos mentais no Brasil começa com a construção desse estigma e com a exclusão social das pessoas que viviam com essas condições.

Em 1903, com o Decreto nº 1.132, há a criação de um modelo jurídico e institucional que possui sua atenção voltada para a parcela da população com transtornos mentais. Foi estabelecido, por meio desta lei, a criação dos chamados “manicômios judiciais”, que eram espaços destinados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais acusadas de terem cometido crimes, ou seja, aquelas que eram consideradas um risco para a sociedade (Diário Oficial da União, Seção 1, Pág. 5853). A internação compulsória, legitimada por esse Decreto, era amplamente usada e aceita como forma de vincular cuidado em saúde mental à práticas de segregação e controle social (Resende, 2001; Engel, 2001). Já em 1934, 30 anos depois, houve a sanção do decreto de nº 24.559, que introduziu o conceito de incapacidade civil para as pessoas com transtornos mentais, estabelecendo que indivíduos portadores de doenças mentais deveriam delegar a gestão de suas vidas e de suas decisões pessoais à outra pessoa; incluindo a

responsabilidade sob seus bens. Ou seja, tornando esses pacientes em dependentes integrais de outro indivíduo, consolidando a ideia de que indivíduos com transtornos mentais não possuíam capacidade para participar ativamente da sociedade (Diário Oficial da União, Seção 1, Pág. 14254).

A psiquiatria da época desempenhou um papel importante na manutenção do estigma relacionado às doenças mentais. Os discursos médicos intensificavam termos como "alienados", "psicopatas" e "loucos", legitimando tanto a segregação quanto a desumanização dessas pessoas. Ao invés de promover cuidado ou apoio efetivo, essas práticas corroboram com a violações dos direitos humanos sob a alegação de necessidade de ordem social. A ligação entre distúrbios mentais e comportamento perigoso solidificou a ideia de que essas pessoas eram incapazes de viver de maneira autônoma na sociedade (Engel, 2001).

No início da década de 1970, os movimentos antimanicomiais começaram a questionar esse modelo, não só no Brasil, mas em todo o ocidente. Esses movimentos, que ficaram conhecidos como a "Luta Antimanicomial", denunciavam as condições degradantes dos manicômios e a ausência de tratamento adequado; buscavam romper com o modelo asilar e promover uma abordagem psicossocial (Resende, 2001). Em 2001, após anos de movimentação social e acadêmica a favor da luta antimanicomial, houve o surgimento da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, sancionada no Brasil em 06 de abril de 2001. Esta lei representa uma transformação significativa em relação à abordagem da saúde mental no país, uma vez que estabelece que os indivíduos com transtornos mentais tenham direito ao tratamento digno e em liberdade, reservando as internações apenas para situações extremas (Brasil, 2001).

A partir disso, há a promoção da inclusão dessas pessoas na sociedade, incentivando a substituir o modelo asilar e criando uma estrutura substitutiva ao modelo de internamento convencional. Assim, de forma integrada com o Sistema Único de Saúde (SUS), há a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), abrangendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o intuito de oferecer cuidados comunitários e acompanhamento integral aos pacientes. Esse novo modelo, conhecido como modelo psicossocial, tem como objetivo não apenas tratar os sintomas, mas também assegurar o pleno exercício da cidadania e promover a reintegração social. Os CAPS apresentam como prioridade fundamental a participação dos indivíduos em seu processo de tratamento, para que, assim, haja a desinstitucionalização dos pacientes, objetivando a redução da dependência dos hospitais psiquiátricos (Amarante, 2007).

Essa transição propôs uma nova visão que considera as doenças mentais não apenas como uma questão individual, mas um fenômeno social que exige práticas inclusivas e humanizadas. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) trouxe avanços significativos na luta de humanização de pessoas com transtornos e doenças mentais, mesmo enfrentando desafios grandes em sua implementação e funcionamento — como a insuficiência do financiamento público, a falta de profissionais capacitados e a estigmatização de um modo geral (Resende, 2001; Brasil, 2001).

Ao juntarmos esses conceitos com os dados obtidos no presente estudo, é possível observar que a evolução histórica da luta contra a estigmatização ainda enfrenta grandes desafios práticos. Apesar das mudanças legais e estruturais no modelo de cuidado, os dados revelam que o estigma permanece presente na percepção de estudantes da área da saúde, com médias de pontuação variando entre 12 e 15 pontos, indicando que o preconceito e a exclusão ainda são realidades

enfrentadas por pacientes com transtornos mentais. Essas informações reforçam a importância de ampliar ações educativas e sensibilizadoras, como aquelas propostas pelos movimentos antimanicomiais, para transformar as percepções e práticas de futuros profissionais.

No entanto, faz-se notável a evolução já conquistada, a qual pode ser refletida também através dos dados colhidos por meio da pesquisa realizada, em que **83,8%** dos participantes afirmaram que se sentiriam confortáveis em interagir com alguém com doença mental, ou ainda nos **88%** que afirmaram que essas mesmas pessoas poderiam viver de forma produtiva e saudável, constatações que vão contra a ideia de isolamento e periculosidade do modelo “asilar”, descrito por Amarante (2007).

6.1. O PAPEL DA ESTIGMATIZAÇÃO NOS MECANISMOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO SOCIAL

A exclusão social é um fenômeno complexo que se refere ao processo pelo qual indivíduos ou grupos são sistematicamente marginalizados e privados de acesso a recursos, oportunidades e direitos que são considerados normais ou essenciais para a participação plena na sociedade. Este conceito é multifacetado e abrange diversas dimensões, incluindo a econômica, social, cultural e política. A exclusão pode inclusive manifestar-se de várias formas, como segregação (afastamento dos sujeitos), marginalização (manutenção dos sujeitos fora do plano social) e discriminação (negação de bens, recursos ou papéis sociais), conforme discutido por Jodelet (2001 apud Patiño & Faria, 2019).

O conhecimento da relação entre exclusão social e estigma é fundamental para compreender as dinâmicas de marginalização. Quando uma pessoa é estigmatizada, ela não é vista como um ser humano completo, mas sim como alguém que possui uma característica que a torna inferior ou indesejável, o que acarreta em práticas de exclusão desse indivíduo. A exclusão social, portanto, pode ser vista como uma consequência direta do estigma, onde a percepção negativa de um grupo ou indivíduo leva à sua marginalização e à negação de seus direitos (Oliveira & Azevedo, 2014; Patiño & Faria, 2019). Porém, de forma dicotômica, a exclusão social pode também reforçar o estigma, criando um ciclo vicioso.

Tal situação assume novos agravantes quando se é discutida ao olhar de pessoas portadoras de doenças mentais, em que os mecanismos de exclusão possuem raízes ainda mais profundas e complexas. Historicamente, essas pessoas foram frequentemente vistas como incapazes e perigosas, levando à sua marginalização e ao isolamento em instituições psiquiátricas. Essa visão negativa é alimentada por estigmas que associam transtornos mentais a comportamentos agressivos e à falta de “razão”, resultando em uma percepção de que esses indivíduos não têm valor ou capacidade de contribuir para a sociedade (Vieira et al, 2018).

Mesmo com os avanços na política de saúde mental e a proposta de uma psiquiatria reformada, as mudanças nas relações sociais ainda são limitadas. Os usuários de serviços de saúde mental continuam a enfrentar preconceito e discriminação, o que perpetua a exclusão social. Mesmo em contextos em que se busca a inclusão, como no trabalho, os indivíduos com transtornos mentais frequentemente se deparam com barreiras que ameaçam sua autonomia e cidadania. A exclusão não se limita apenas ao mercado de trabalho, mas também se estende a laços sociais e familiares, criando uma situação de isolamento que se

torna difícil de se escapar (Vieira et al, 2018).

Porém, apesar dos vários desafios enfrentados em prol da inclusão social de sujeitos estigmatizados, há claros avanços relacionados a reinserção social de pessoas em sofrimento psíquico, sendo o CAPS um dos principais agentes dessa integração, desempenhando um papel fundamental na promoção da autonomia, cidadania e participação social dos indivíduos atendidos (Martins et al, 2018).

O CAPS adota uma abordagem de reabilitação que vai além da simples recuperação de habilidades, atuando também na potencialização das possibilidades de trocas sociais e afetivas, respeitando as singularidades de cada indivíduo e promovendo sua participação ativa na sociedade. Ao proporcionar um espaço onde os usuários podem se envolver em atividades produtivas, o CAPS ajuda a superar a visão de que esses indivíduos são apenas "doentes" ou "incapazes". Isso contribui para a construção de uma nova subjetividade e um novo papel social, onde eles são reconhecidos por suas contribuições (Martins et al, 2018).

Além das atividades de reinserção social realizadas no CAPS, faz-se mister o trabalho de inclusão social e conscientização acerca de pessoas em sofrimento mental nas instituições de ensino, desde que a escola é um espaço privilegiado para a formação de valores e atitudes, onde é possível desconstruir preconceitos e estigmas associados à saúde mental (Santos et al, 2019). Conforme mencionado por Castilho (2009 apud Santos et al, 2019), a escola pode ser uma fonte de ruptura dos preconceitos enfrentados por essas pessoas, de forma a promover um ambiente mais acolhedor e respeitoso. As intervenções educativas podem contribuir significativamente para a conscientização dos estudantes sobre a temática da saúde mental, auxiliando na redução da discriminação e da exclusão social. Adicionalmente, é importante implementar políticas e práticas que promovam a inclusão de alunos com transtornos mentais, assegurando que tenham acesso a recursos e apoio adequados no ambiente escolar (Santos et al, 2019).

Em relação a pesquisa realizada, foi possível aferir que a ideia de inclusão de pessoas em um estado de adoecimento mental traduz-se em um consenso entre a maioria dos estudantes da saúde, sendo que **62,4%** dos participantes afirmaram concordar com a ideia de que a sociedade não precisa ser protegida de pessoas com doenças mentais, evitando assim a segregação. No entanto, o dado de que **24,8%** dos participantes discordam da afirmativa, reflete um ainda certo receio em relação a esses indivíduos, o que pode indicar a necessidade de novas ações educacionais de conscientização e a abertura para um maior contato com os pacientes portadores de doenças mentais.

6.2. O PAPEL DOS PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE NA LUTA CONTRA A ESTIGMATIZAÇÃO

Levando em consideração que os profissionais de saúde estabelecem uma ponte essencial entre a doença e a saúde, é esperado que suas atitudes e práticas favoreçam a recuperação da pessoa com transtorno mental. No entanto, em casos que esses profissionais compartilham atitudes e crenças estigmatizantes em relação à doença mental, o processo de reabilitação se torna altamente comprometido (Figueiras, 2010). A dificuldade de desestigmatização destes profissionais começa dentro das universidades, especialmente nos cursos da área da saúde — ser estudante ou profissional da saúde frequentemente envolve uma carga de estudo e dedicação intensas, além de altas expectativas sociais, o que pode acarretar em diversas complicações na saúde mental desses indivíduos. Além disso,

o corpo docente, por vezes, perpetua esse estigma ao impor demandas excessivas, ignorando pedidos de ajuda e manifestando preconceitos implícitos em relação aos transtornos mentais (Neto, et al., 2021).

Atualmente, uma das principais tendências no combate ao estigma à saúde mental é a concepção dos diferentes fatores contributivos e a complexidade de sua interação. Os autores Pescosolido et. al. em *“Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma”* (2008) trazem o modelo conceitual FINIS (*Framework Integrating Normative Influences of Stigma*), que é um modelo que traz diversos fatores que podem contribuir para a formação do estigma, propondo uma abordagem multifatorial com intervenções em múltiplos níveis. Isto é, os autores propõem que o estigma é um fenômeno de complexidade extensa, que, assim como suas origens, precisa de intervenções amplas, complexas e multifatoriais — intervenções essas que vão desde a psicoeducação individual até a participação em programas de intervenção voltados para a população em geral (Xavier, et al., 2013).

O autor e psiquiatra Arboleda-Florez (1939-2020), ao considerar ideias pragmáticas para o combate ao estigma, em seu artigo *“From sin to science: fighting the stigmatization of mental illnesses”*, apresenta seis caminhos para a desestigmatização: **1)** “educação”, onde propõe o aumento da literatura sobre saúde mental e maior enfoque acadêmico nas doenças mentais; **2)** “protesto”, como posicionamento forte e assertivo sobre estereotipações negativas referentes à doença mental; **3)** “contato”, promoção de interações positivas entre indivíduos com doença mental e a população geral, aumento afetivo; **4)** “reforma legislativa”, combate a discriminação através de leis e decretos; **5)** “defesa dos direitos dos doentes”, ações legais que garantam os direitos e a plena cidadania dos indivíduos com doença mental, dando-lhes, inclusive, ferramentas para lutar contra políticas ou procedimentos discriminatórios; e **6)** “o manejo do auto-estigma”, desenvolvimento da capacidade dos doentes para encontrarem novos significados pessoais afastados das concepções estigmatizadoras (Xavier, et al., 2013).

Outro conceito importante na luta contra o estigma é o de *“recovery”* (recuperação), descrito como um processo pessoal e único de mudança que envolve a transformação de valores, sentimentos, objetivos, habilidades e papéis. O *“recovery”* pode ser entendido como a habilidade de dar um novo significado à vida, mesmo diante das limitações decorrentes do adoecimento psíquico. Isso envolve a superação do estigma, permitindo que o indivíduo possa exercer sua cidadania plenamente e, dessa forma, reduzir a estigmatização — significa não apenas melhorar o acesso ao cuidado, mas também garantir que os pacientes possam encontrar no tratamento um espaço de dignidade, acolhimento e potencial para a recuperação (Nascimento & Leão, 2019).

Todas essas formulações demonstram o caráter essencial dos profissionais de saúde no processo de desestigmatização social. Quando o modelo FINIS cita a psicoeducação e quando Arboleda-Florez cita o academicismo e aumento da literatura, ambos se referem ao caráter educador de transmissão de conhecimento entre os acadêmicos e profissionais das áreas da saúde com a população geral. O conhecimento é uma das armas mais poderosas contra a estereotipação e o preconceito, já que quebra com os conceitos sociais negativos, muitas vezes irrealistas, e os substitui por referências reais desse grupo marginalizado (Rocha & Caetano & Madeira, 2020). Ademais, essa característica essencial dos profissionais de saúde se expande também para os demais tópicos citados, como promoção de protestos — mesmo que apenas comportamentais —, incentivo à grupos de trabalho

e contato direto com os pacientes, exigência de reformas legislativas e de defesa dos direitos dos indivíduos portadores de doenças mentais e, principalmente, a importância da psicoterapia e do trabalho dos profissionais de saúde mental para a quebra do autoestigma e seus efeitos sobre os pacientes — ajudando os pacientes a conseguirem chegar ao “*recovery*” essencial em seus tratamentos.

Ao juntar esses conceitos com os dados obtidos em pesquisa, é possível notar que apesar do reconhecimento da importância de atitudes inclusivas, ainda há traços de crenças e práticas que podem reforçar a exclusão e o estigma contra pacientes com transtornos mentais, o que pode indicar uma lacuna no enfrentamento prático do estigma, em detrimento de uma possível falta de preparo no manejo desses pacientes, desde que, como relatado acima, **27,4%** dos participantes da pesquisa relataram insegurança no atendimento a pessoas com transtornos mentais. Isso dialoga diretamente com o modelo FINIS e as ideias de Arboleda-Florez, destacando a necessidade de estratégias educativas multifatoriais direcionadas tanto aos estudantes quanto aos profissionais. Além disso, os dados indicam que a formação dos futuros profissionais deve incluir componentes mais robustos que abordem o autoestigma e as dinâmicas de estigmatização enfrentadas pelos próprios trabalhadores da saúde mental, desde que **25,6%** dos respondentes da pesquisa revelaram possuir receio em admitir ter uma doença mental.

Em suma, os profissionais da saúde podem ter um efeito predominante sobre a estigmatização de pacientes portadores de doenças mentais — tanto positivamente, quanto negativamente. Quando esses profissionais escolhem se tornarem agentes desestigmatizantes e promovem o conhecimento e a desmistificação de preconceitos, se tornam aliados essenciais para maiores conquistas sociais, legislativas e de direitos civis no campo da saúde mental. A psicoeducação, aliada a abordagens como contato direto e campanhas de conscientização, surge como uma ferramenta essencial para transformar crenças e promover atitudes mais positivas (Xavier, et al., 2013).

7 CONCLUSÃO

O presente estudo abordou o fenômeno do estigma e da exclusão social enfrentados por pessoas em sofrimento psíquico, analisando a percepção de estudantes da área da saúde acerca dessa temática. A pesquisa revelou que, apesar dos avanços significativos proporcionados pela Reforma Psiquiátrica e pelos serviços de atenção psicossocial, como o CAPS, o estigma persiste como uma barreira fundamental à inclusão social e ao exercício pleno da cidadania por indivíduos com transtornos mentais.

A exclusão social foi identificada como uma consequência direta do estigma, um ciclo que se retroalimenta e impacta não apenas os pacientes, mas também seus familiares e os próprios profissionais da saúde. Esses, em muitos casos, podem tanto perpetuar estigmas quanto sofrer com eles, especialmente diante de uma formação acadêmica e prática profissional que ainda carecem de estratégias robustas de desestigmatização. As análises realizadas apontaram para a necessidade de intervenções educativas e culturais no ambiente acadêmico, reforçando a importância do desenvolvimento de atitudes inclusivas desde a formação dos estudantes.

A revisão teórica destacou que a desconstrução do estigma exige ações em múltiplos níveis: educacional, legislativo, terapêutico e social. Estratégias como o modelo FINIS, as proposições de Arboleda-Florez e as práticas de psicoeducação

são fundamentais para fomentar a conscientização, promover o contato e garantir a dignidade e os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico. A desestigmatização, portanto, depende de uma abordagem multifacetada que integre pacientes, profissionais, familiares e a sociedade em geral. A inclusão social deve ser compreendida como um processo contínuo que transcende os serviços de saúde mental, exigindo o fortalecimento de laços comunitários e a transformação das relações sociais. Iniciativas que incentivem a autonomia e a cidadania, demonstram que a reinserção social é possível e efetiva quando há um compromisso coletivo em romper com os estigmas e preconceitos.

Portanto, conclui-se que combater o estigma em relação ao sofrimento psíquico requer não apenas a mudança de atitudes individuais, mas também a transformação estrutural e cultural da sociedade. A formação dos profissionais da saúde desempenha um papel essencial nesse processo, sendo imperativo que eles se tornem agentes de desestigmatização e promotores de práticas que respeitem as singularidades e fortaleçam a dignidade dos sujeitos. Assim, espera-se que este trabalho contribua para ampliar a compreensão sobre a temática e inspire ações que promovam um cuidado mais humanizado e inclusivo no campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4.ed. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2007.

ARBOLEDA-FLOREZ, J; STUART, H. **From sin to science**: fighting the stigmatization of mental illness. *Can J Psychiatry*, 2012; 57(8): 457-463. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22854027/>> . Acesso em: 18 novembro 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, p. 95-143, 1977.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 14/7/1934, Página 14254 (Publicação Original). Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>> . Acesso em: 18 novembro 2024.

BRASIL. DECRETO Nº 1.132, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1903. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 24/12/1903, Página 5853 (Publicação Original). Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>> . Acesso em: 18 novembro 2024.

BRASIL. LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. **Presidência da República**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 18 novembro 2024.

CHAUDOIR, SR.; EARNSHAW, VA.; ANDEL, S. "Discredited" Versus "Discreditable": Understanding How Shared and Unique Stigma Mechanisms Affect Psychological and Physical Health Disparities. **Basic Appl Soc Psych**. 2013 Jan 1. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3666955/#S1>> . Acesso em: 11 novembro 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP, ed. rev., 2022.

COSTA, N.; TUNDIS, S. (org.). **Cidadania e Loucura**: origens das políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1987.

CORRIGAN, P.; WATSON, A. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. **World Psychiatry**, 2002. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946807/>> . Acesso em: 20 novembro 2024.

ENGEL, M. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 352 p. Loucura & Civilização collection, 2001.

FEIJÓ, L.; et al. Tradução, adaptação e validação da escala MICA-4 no Brasil com aplicação para acadêmicos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, no. 04, e133, 2023. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.4-2022-0313>> . Acesso em: 11 novembro 2024.

FIGUEIRAS, J. Profissionais de Saúde Mental enquanto Agentes de Estigmatização da Doença Mental. **ESTSP - Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Instituto Politécnico do Porto**, out. 2010. Disponível em

<https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/763/1/DM_JoanaFigueiras_2010.pdf> .

Acesso em 20 novembro 2024.

GOFFMAN, E. **ESTIGMA: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4.ed. LTC, 2004. Publicação original em 1891. Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/308878/mod_resource/content/1/Goffman%20Estigma.pdf> . Acesso em 20 novembro 2024.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva Brasil, 1961. Disponível em:

<<https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf>> . Acesso em 20 novembro 2024.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva** 14 (1) • Fev 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxvK9HXvL39Nf/#>> . Acesso em 20 novembro 2024.

LOURENÇO, T.; et al. “De Todos Os Lados, Eu Me Sentia Culpada”: O Sofrimento Mental De Estudantes De Medicina”. **Revista Brasileira De Educação Médica**, vol. 45, no. 3, p.5, 2021. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20210180>>. Acesso em: 01 agosto 2024

MARTINS, A.; et al. Trabalho como estratégia de reabilitação psicossocial. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 17, n. 2, p. 51-61, 2018. Disponível

em: <<https://www.revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/287>>. Acesso em: 12 novembro 2024.

MINAYO, M.; et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 21.ed. Petrópolis: Vozes, p. 7-79, 2002.

MINAYO, M.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 9, no. 3, p. 239-248, 1993. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>>. Acesso em: 20 novembro 2024.

NASCIMENTO, L.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, p. 103-121, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/sNMq8fztJLGCFvsQ47ckrSn/#>>. Acesso em: 12 novembro 2024.

NETO, J.; et al. O estigma da doença mental entre estudantes e profissionais de saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n.3, e8310312899, 2021(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12899/11757> . Acesso em 20 novembro. de 2024.

OLIVEIRA, A.; AZEVEDO, S. Estigma na doença mental: estudo observacional. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 30, no. 4, p. 227-234, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>> . Acesso em: 30 agosto 2024.

PATÍÑO, R.; FARIA, L. Práticas de exclusão social: reflexões teórico-epistemológicas em torno de um campo de estudos. **Revista Colombiana de Ciencias Sociales**, v. 10, n. 2, p. 426-444, 2019. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4978/497862279008/497862279008.pdf>> . Acesso em: 10 novembro 2024.

PESCOSOLIDO, B.; MARTIN, J.; LANG, A.; OLAFSDOTTIR, S. Rethinking theoretical approaches to stigma: a Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). **Social Science and Medici-ne**, 2008; 67:431-440. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608001512>>. Acesso em: 10 novembro 2024.

PIRES, R.; et al. O cuidado em saúde mental e a participação política de usuários e familiares na ressignificação do estigma sobre os transtornos mentais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33 , e33038, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333038>> Acesso em: 09 novembro 2024.

RESENDE, H. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. **Fundação Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro, RJ, 2000. Disponível em:

<<https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/Cidadania-e-loucura-Politica-d-e-saude-mental-no-Brasil-Heitor-Resende.pdf>> . Acesso em 18 novembro. 2024.

ROCHA, F.; CAETANO, I.; MADEIRA, N. Conhecimentos e Estigma da Doença Mental nos Estudantes da Área da Saúde. **Universidade de Coimbra**, 2020. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/98476/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Francisca%20Pinho%20Rocha%20-%20final.pdf>> . Acesso em: 11 novembro 2024.

SANTOS, D.; et al. Práticas educativas em saúde mental: a escola como espaço para a ruptura dos estigmas sobre a doença mental. **Revista Principia-Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB**, n. 46, p. 11-18, 2019. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/92856015/1109-libre.pdf?1666446102=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPraticas_educativas_em_saude_mental_a_es.pdf&Expires=1731901118&Signature=eRv5GZ~g6Nw32aUhoECoZIntKnqLXMib8p4kwB6vWPKxyTMeuYFZyDa4MHChhwB6FPJJHbubHg0WY-UM4C1t3sFA3ZSEuQ9ILFxPRsJdEQWQuS4j1eoszH~CyliKqcm0YB-65z1V8PK6qCw6oXZoHG04eAVvzD7vv~EEfM0ZLuaSOSwC7q4sHb~DE~S5I3roXGEDr2835Q0Rc7TZi2MbP9HI-SkScFYE~U5VS3tl3oBSz9uoktNhtfxVZkea2UZEaEy6LF8loUCnTWyl5Zplp9agCF3bRHoibDLO8QSQMyx1DL7vNXR0C9XrU5c~AMV-msuvwJo7m7k0DyH5rsdrOQ&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA . Acesso em: 12 novembro 2024.

SOEIRO, A.; et al. Depressão, Estigma E Preconceito: O Que Pensam Os Estudantes De Medicina?”. **Revista Brasileira De Educação Médica**, vol. 46, no. 3, p. 7, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20220075>> . Acesso em: 01 outubro 2024.

VIEIRA, G.; et al. Concepções de usuários de um CAPS sobre o tratamento e inclusão. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, p. e187474, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/S4S3KZLd43PpH86dPWg5vwB/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 novembro 2024.

WATSON, A.; et al. Self-Stigma in People With Mental Illness. **Schizophrenia Bulletin**, vol. 33, no. 6, p. 1312–1318, 2007. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17255118/>> . Acesso em: 20 novembro 2024.

XAVIER, S.; KLUT, C.; NETO, A.; PONTE, G.; MELO, J.. O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos? **Psilogos**, Dezembro 2013 • Vol. 11 • N.º 2, pp 10-21. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/4102/3073>> . Acesso em: 20 novembro 2024.

ANEXOS:

ANEXO I - FORMULÁRIO DA PESQUISA

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

Formulário da Pesquisa: Questionário Dirigido

TEMA: O ADOECIMENTO PSICOLÓGICO E A “LOUCURA”: UM ESTUDO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DA SAÚDE SOBRE PACIENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

IDENTIFICAÇÃO

1. Qual gênero você se identifica?

- 1) Feminino
- 2) Masculino
- 3) Outro _____

2. Qual sua idade?

3. Instituição de Ensino

- 1) UNIRP
- 2) UNILAGO
- 3) FAMERP
- 4) FACERES
- 5) Outro _____

4. Curso

- 1) Psicologia
- 2) Enfermagem
- 3) Fisioterapia
- 4) Nutrição
- 5) Medicina
- 6) Biomedicina

5. Período que está cursando:

6. Você já fez ou está fazendo estágio ou alguma atuação profissional na área que estuda?

- 1) Não
- 2) Sim
- 3) Se sim, qual? _____

QUESTIONÁRIO

Abaixo, serão apresentadas oito afirmações. Você deve escolher o grau de concordância ou identificação que você tem com cada afirmação, seguindo a escala de 1 a 5, sendo “1” equivalente a “CONCORDO TOTALMENTE” e “5” equivalente a “DISCORDO TOTALMENTE”.

É de extrema importância para a pesquisa que você responda às afirmações com completa honestidade e imparcialidade (lembrando, sempre, que sua identidade está protegida).

7. Me sentiria confortável em trabalhar ou interagir com alguém que tem doença mental tanto quanto me sentiria com uma pessoa com doença física.

- 1) CONCORDO TOTALMENTE
- 2) CONCORDO PARCIALMENTE
- 3) NEUTRO
- 4) DISCORDO PARCIALMENTE
- 5) DISCORDO TOTALMENTE

8. Acredito que pessoas com doenças mentais podem conviver em sociedade normal e viver vidas totalmente produtivas e saudáveis.

- 1) CONCORDO TOTALMENTE
- 2) CONCORDO PARCIALMENTE
- 3) NEUTRO
- 4) DISCORDO PARCIALMENTE
- 5) DISCORDO TOTALMENTE

9. Eu teria receio ou não me sentiria preparado para atender um paciente com algum tipo de doença mental.

- 1) CONCORDO TOTALMENTE
- 2) CONCORDO PARCIALMENTE
- 3) NEUTRO
- 4) DISCORDO PARCIALMENTE
- 5) DISCORDO TOTALMENTE

10. Se eu tivesse uma doença mental, eu nunca admitiria isso a meus amigos por medo de vir a ser tratado de forma diferente.

- 1) CONCORDO TOTALMENTE
- 2) CONCORDO PARCIALMENTE
- 3) NEUTRO
- 4) DISCORDO PARCIALMENTE
- 5) DISCORDO TOTALMENTE

11. Pessoas com doenças mentais são frequentemente mais perigosas.

- 1) CONCORDO TOTALMENTE
- 2) CONCORDO PARCIALMENTE
- 3) NEUTRO
- 4) DISCORDO PARCIALMENTE
- 5) DISCORDO TOTALMENTE

12. Se uma pessoa com doença mental reclamasse para mim de algum problema ou dificuldade (sendo ele físico, social, afetivo ou de produtividade), eu atribuiria isso a doença mental.

- 1) CONCORDO TOTALMENTE

- 2) CONCORDO PARCIALMENTE
- 3) NEUTRO
- 4) DISCORDO PARCIALMENTE
- 5) DISCORDO TOTALMENTE

13. A sociedade não precisa ser protegida de pessoas com doenças mentais.

- 1) CONCORDO TOTALMENTE
- 2) CONCORDO PARCIALMENTE
- 3) NEUTRO
- 4) DISCORDO PARCIALMENTE
- 5) DISCORDO TOTALMENTE

14. Eu usaria / já usei termos como “louco”, “doido”, “maluco”, ou parecido para descrever pessoas com doenças mentais.

- 1) CONCORDO TOTALMENTE
- 2) CONCORDO PARCIALMENTE
- 3) NEUTRO
- 4) DISCORDO PARCIALMENTE
- 5) DISCORDO TOTALMENTE

15. Caso queira fazer uma observação ou acrescentar alguma informação referente ao tema, redija abaixo, em poucas palavras:
