

Avaliação de uma capacitação de profissionais da atenção primária objetivando a redução de estigma aos transtornos mentais

Evaluation of a training for primary care professionals aiming at reducing stigma of mental disorders

Evaluación de una formación para profesionales de atención primaria destinada a reducir el estigma con los trastornos mentales

Marina Pinho Carneiro¹ , Lívia Mota Veras¹ , Carla Salles Gazeta Vieira Fernandes¹ , Maria Clara de Souza Vieira¹ ,
Giovana Barroso de Melo Rios¹ , Lourrany Borges Costa¹ 

¹Universidade de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil.

Resumo

Introdução: O estigma dos portadores de transtornos mentais está presente na sociedade como um todo, incluindo os profissionais da saúde, prejudicando tanto as relações sociais desses indivíduos quanto a assistência à saúde que lhes é fornecida. **Objetivo:** Analisar como a educação em saúde altera o estigma dos profissionais da atenção primária em saúde sobre os portadores de transtornos mentais. **Métodos:** Estudo experimental com abordagem avaliativa pré e pós-intervenção, em quatro unidades de atenção primária em saúde na Regional de Saúde VI de Fortaleza (Ceará), de junho a dezembro de 2019, com profissionais da Estratégia Saúde da Família. Realizaram-se capacitações educativas baseadas no manual *Mental Health Gap Action Program*, da Organização Mundial da Saúde, por dois pesquisadores. O grau de estigma foi avaliado com o Questionário de Atribuição versão em português (*Attribution Questionnaire — AQ-9*). **Resultados:** Participaram 64 profissionais da saúde, a maioria mulheres (92%, n=58), com ensino médio completo (56%, n=34), predominando agentes comunitários de saúde (63%, n=39), com idade média de 43 anos. Comparou-se a soma das respostas de cada item do questionário para cada participante, antes e depois da intervenção, por meio do teste de Wilcoxon, e foi encontrado o valor $p < 0,001$. **Conclusões:** A intervenção educativa foi capaz de diminuir o estigma de profissionais da saúde em relação aos portadores de transtornos mentais, podendo servir para a criação de um modelo municipal de educação profissional permanente.

Palavras-chave: Estigma social; Saúde mental; Atenção primária à saúde.

Autor correspondente:

Lourrany Borges Costa
E-mail: lourranybep@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

3.325.258

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 26/10/2020.

Aprovado em: 07/08/2021.

Como citar: Carneiro MP, Veras LM, Fernandes CSGV, Vieira MCS, Rios GBM, Costa LB. Avaliação de uma capacitação de profissionais da atenção primária objetivando a redução de estigma aos transtornos mentais. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):2766. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2766](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2766)



Abstract

Introduction: Stigma against people with mental disorders is present in society as a whole, including among health professionals, harming both social relationships of these individuals and the health care provided to them. **Objective:** To analyze how Health Education alters the stigma of professionals in Primary Health Care (PHC) on people with mental disorders. **Methods:** Experimental study with pre- and post-intervention evaluation approach, conducted in four PHC Units in Regional Health VI in Fortaleza (Ceará), from June to December 2019, with professionals from the Family Health Strategy. Educational training based on the World Health Organization's Mental Health Gap Action Program manual was carried out by two researchers. The degree of stigma was assessed using the Attribution Questionnaire in Portuguese (AQ-9). **Results:** 64 health professionals participated, mostly women (92%, n=58) with completed higher education (56%, n=34), predominantly Community Health Agents (63%, n=39), with mean age of 43 years. The sums of responses of questionnaire items for each participant were compared before and after the intervention using the Wilcoxon test, and the value of $p < 0.001$ was found. **Conclusions:** The intervention was able to reduce the stigma of health professionals in relation to people with mental disorders and may serve as basis for the creation of a municipal model for permanent professional education.

Keywords: Social stigma; Mental health; Primary health care.

Resumen

Introducción: El estigma contra las personas con trastornos mentales está presente en el conjunto de la sociedad, incluidos los profesionales de la salud, perjudicando tanto las relaciones sociales de estas personas como la atención médica que se les brinda. **Objetivo:** Analizar cómo la Educación para la Salud altera el estigma de los profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) sobre las personas con trastornos mentales. **Métodos:** Estudio experimental con enfoque de evaluación pre y post intervención, en cuatro Unidades de APS de la Regional Salud VI del Fortaleza (Ceará), de junio a diciembre de 2019, con profesionales de la Estrategia de Salud de la familia. Dos investigadores llevaron a cabo una formación educativa basada en el manual del *Mental Health Gap Action Program* de la Organización Mundial de la Salud. El grado de estigma se evaluó mediante el Cuestionario de atribución en portugués (*Attribution Questionnaire*- AQ-9). **Resultados:** participaron 64 profesionales de la salud, en su mayoría mujeres (92%, n=58), que habían completado la escuela secundaria (56%, n=34), predominantemente Agentes de Salud Comunitarios (63%, n=39), con una edad media de 43 años. Se comparó la suma de las respuestas de cada ítem del cuestionario para cada participante, antes y después de la intervención, mediante la prueba de Wilcoxon, y se encontró un valor de $p < 0,001$. **Conclusiones:** La intervención educativa logró reducir el estigma de los profesionales de la salud con relación a las personas con trastornos mentales, y puede servir para crear un modelo municipal de educación profesional permanente.

Palabras clave: Estigma social; Salud mental; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A história dos portadores de transtornos mentais foi marcada, durante muito tempo, por exclusão social, rotulações e incompreensão. Essas pessoas eram tidas como loucas e perigosas, denominações que criavam um estigma histórico sobre esses pacientes.¹ O estigma acerca dos portadores de transtornos mentais está presente na sociedade como um todo e nos profissionais da saúde, prejudicando tanto as relações sociais desses indivíduos quanto à assistência à saúde que lhes é fornecida, menos humanizada e menos eficiente.²

A definição de estigma, atualmente, é abordada em diversas vertentes, previamente definida como uma situação em que um indivíduo detentor de uma condição, sinal ou marca que traz uma depreciação de seu estado, é julgado como incapacitado para aceitação social.²

Mascayano et al. dividem o estigma em quatro tipos: público, pessoal, institucional e familiar. O primeiro se refere a como o público em geral julga o paciente com transtornos de humor, tendo como manifestações clássicas o preconceito e a discriminação. Já o segundo seria como o próprio paciente se enxerga ante a sociedade em que se insere, muitas vezes, aplicando o estigma a si mesmo. No âmbito institucional, tendo o ambiente de trabalho como protótipo, o estigma pode ser extremamente prejudicial, principalmente em atividades que requerem interação com grupos. O estigma familiar teria impacto na quebra de expectativas do paciente, pois a família deveria ser um dos maiores suportes ao tratamento, propiciando um ambiente harmonioso e acolhedor. Outra categoria, múltipla, é usada para designar o paciente que se apresenta com mais de um dos quatro tipos já descritos.³

A Organização Mundial da Saúde e a Associação Mundial de Psiquiatria reconhecem que sofrimento, pobreza e deficiência estão relacionados com o estigma reproduzido sobre esses pacientes.⁴ Além das consequências diretamente relacionadas ao transtorno mental, percebem-se mais altas taxas de morbidade e mortalidade por doenças físicas em virtude da possível negligência de profissionais da saúde decorrente da estigmatização desses pacientes.⁵ Ademais, a percepção de alguns indivíduos com transtorno mental de como as pessoas veem sua doença mostrou ser um dos maiores impedimentos à sua recuperação.⁶

Um estudo qualitativo realizado por Nunes et al.⁷ em Fortaleza (Ceará) evidenciou dissonâncias com os princípios do modelo de atenção psicossocial territorial durante a implementação da Reforma Psiquiátrica no município. No que se refere à atenção primária à saúde (APS), houve articulações por meio do apoio matricial para sua adoção, o que não se consolidou. Segundo os autores, a carência de profissionais médicos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tensiona a demanda na APS, prejudicando a avaliação dos usuários em sua dimensão subjetiva, restringindo assim o atendimento de pessoas com transtornos mentais à dispensação de prescrição médica, sem vislumbrar possibilidades de intervenções mais amplas.

Os autores afirmam também que mesmo profissionais do CAPS ainda reproduzem práticas que expressam assistencialismo, induzem à segregação e ao estigma, o que se contrapõe às propostas de construção de autonomia, vínculos solidários e resgate da cidadania do sujeito portador de transtorno mental.⁷

As unidades de APS costumam ser os ambientes nos quais o portador de transtorno mental tem o seu primeiro atendimento, inclusive por um estigma maior relacionado ao atendimento em centros especializados. Logo, quando provido de estigmatização, surgem barreiras no seguimento desses indivíduos.⁸

Alguns fatores são correlacionados com maior índice de estigmatização por parte de profissionais da saúde: “ter anos de prática mais longos”, “ser mulher”, “trabalhar no hospital”, “empregado no setor público” e “não ter um parente/amigo com problemas de saúde mental”.⁹

A abordagem do estigma faz-se necessária de forma ampla e holística em virtude de sua origem multifacetada, exigindo estratégias com visões abrangentes para sua redução e, assim, consequente otimização do cuidado com a saúde dessas pessoas.¹⁰

Tendo em vista essa problemática, destaca-se o conceito de educação na saúde, que corresponde às práticas de produção e sistematização de conhecimentos relacionados à formação e ao desenvolvimento para a atuação de profissionais da saúde. Dentre essas práticas, vale apontar as iniciativas de educação permanente em saúde (EPS), ações de aprendizagem no trabalho baseadas na possibilidade de transformar as práticas profissionais, tomando como referência as necessidades de saúde das comunidades.¹¹ Assim, a EPS pode auxiliar no processo de redução do estigma por trabalhadores da saúde em relação a transtornos mentais.

Portanto, associando-se a escassez de produções científicas sobre a temática em Fortaleza e a precariedade de políticas públicas que capacitem os esses agentes profissionais de saúde mental, e baseando-se em resultados positivos evidenciados em estudos em outras cidades e países com intervenção por meio da educação na saúde, realizou-se este trabalho com o objetivo de analisar como essa educação intervém no estigma dos profissionais da saúde da APS do município de Fortaleza em relação aos pacientes portadores de transtornos mentais.^{8,12,13}

MÉTODOS

A iniciativa da intervenção partiu dos pesquisadores que atuavam na APS de Fortaleza, por perceber em suas vivências profissionais a necessidade de abordar com as equipes de saúde da família o tema de estigma associado aos portadores de transtornos mentais. Dessa forma, foi planejada a intervenção na

forma de projeto de pesquisa apresentado aos gestores e aos trabalhadores das unidades e à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Realizou-se um estudo do tipo experimental com abordagem avaliativa pré e pós-intervenção em quatro Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), de junho a dezembro de 2019, com 64 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontologistas e agentes comunitários de saúde) e gestores locais, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que trabalham nas UAPS da Regional VI da cidade de Fortaleza. A amostra de participantes e as UAPS foram selecionadas de forma não probabilística por conveniência. O recrutamento dos participantes foi realizado por convite nas UAPS com todos os profissionais que atendiam aos critérios de inclusão e quiseram participar da pesquisa por meio da explicação dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e da assinatura do Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TLCE). Todos os indivíduos selecionados participaram da intervenção. Foram excluídos trabalhadores sem vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

A intervenção foi feita em uma visita a cada UAPS para capacitação educativa, com duração em torno de 20 minutos, por meio de aula expositiva com apresentação de *slides* projetados e dois vídeos curtos de consultas sobre saúde mental simuladas pelos pesquisadores. Foi aberto espaço para que os profissionais da saúde expusessem suas percepções sobre os vídeos, além de experiências pessoais e perguntas sobre o assunto. Dois transtornos foram abordados de forma detalhada na capacitação: transtorno depressivo maior e transtorno bipolar. O material didático utilizado foi baseado no manual de intervenções na atenção primária do *Mental Health Gap Action Program* da OMS (MI-mhGAP)¹⁴ por uma dupla do grupo de pesquisadores.

A coleta de dados foi embasada em dois questionários de autopreenchimento:

1. Questionário sociodemográfico elaborado pelos pesquisadores, contendo as variáveis: gênero, idade, estado civil, escolaridade e profissão;
2. Questionário de Atribuição (versão em português do *Attribution Questionnaire* — AQ-9),¹⁵ versão reduzida do Questionário de Atribuição — AQ-27.¹⁶

Este instrumento pretende aferir globalmente o estigma. O questionário descreve brevemente a história de um jovem portador de esquizofrenia e avalia o estigma sobre transtorno mental com nove itens que exploram os sentimentos e os comportamentos dos respondentes, cujas respostas são assinaladas por meio da escala do tipo Likert, de 1 a 9 (desde 1: “nenhum ou nada”, até 9: “muito ou completamente”). Os itens são agrupados em nove dimensões: responsabilidade, pena, irritação, percepção de perigo, medo, ajuda, coerção, segregação e evitamento. Esses fatores são somados e o resultado produz um escore representativo de cada um dos estereótipos, em que o estigma é diretamente proporcional ao valor do escore. Assim, um resultado superior a 1 implica existência de estigma. Deve-se notar que, originalmente, no AQ-9, a questão 7 tem a escala Likert invertida.

Foi utilizado o *software R Project for Statistical Computing* para análise dos dados, ou seja, análise descritiva de variáveis categóricas independentes (características dos participantes). Foi utilizado o somatório das pontuações atribuídas a cada respondente para cada pergunta de interesse do AQ-9 e do questionário como um todo. A situação ideal (sem estigma) da soma das respostas é de um valor igual a 9, sendo que para cada uma das nove perguntas o respondente atribui a pontuação 1 na escala, considerando que qualquer escolha acima de 1 caracteriza estigma em determinado grau. Os somatórios dos valores globais das respostas foram analisados antes e depois da intervenção, usando o teste de Wilcoxon para dados pareados a fim de averiguar se houve diferença com a capacitação educativa na amostra que participou da pesquisa. Foi adotado um nível de significância de 5%. Retiraram-se da análise

os respondentes que deixaram de responder a algum item, pois este acarretava um viés no valor da soma, o que poderia impactar no resultado do teste. Por fim, de posse dos gráficos de densidade das somas de cada questão, empregou-se o teste de Wilcoxon para dados pareados em cada uma das questões e calculado o intervalo de confiança para a diferença do parâmetro de localização mediana.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Parecer nº 3.325.258). Os autores decidiram pelo não compartilhamento de dados obtidos no estudo e códigos utilizados nas análises.

RESULTADOS

O total de profissionais convidados a participar da pesquisa corresponde a 143 indivíduos, destes, 42 pertenciam à UAPS Alarico Leite; 30, à UAPS Maria de Lourdes R. Jereissati; 58, à UAPS Hélio Góes Ferreira e 13, à UAPS Maria Grasiela Teixeira Barroso. Dos 143, 64 (45%) profissionais participaram da pesquisa. As características da amostra estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos participantes da intervenção de capacitação profissional. Fortaleza (CE), 2019.

Características	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Gênero (n=63)		
Masculino	5	8
Feminino	58	92
Idade (n=60)		
de 30 a 39 anos	17	28
de 40 a 49 anos	25	42
de 50 a 59 anos	16	27
60 anos ou mais	2	3
Estado civil (n=63)		
Solteiro	17	27
Casado	35	56
Divorciado	7	11
União estável	3	5
Separado	1	2
Escolaridade (n=61)		
Fundamental completo	1	2
Ensino médio completo	34	56
Ensino médio incompleto	1	2
Ensino superior completo	23	36
Ensino superior incompleto	2	3
Profissão (n=62)		
Agente comunitário	39	63
Auxiliar de saúde bucal	2	3
Dentista	5	8
Enfermeiro	4	6
Gestor	2	3
Técnico de enfermagem	10	16

No tocante à distribuição de participantes nas unidades de saúde visitadas, notou-se maior adesão na UAPS Alarico Leite (39%, n=25), seguida da UAPS Maria de Lourdes R. Jereissati (25%, n=16); da UAPS Hélio Góes Ferreira (20%, n=13); e da UAPS Maria Grasiela Teixeira Barroso (16%, n=10).

A maioria dos participantes era do sexo feminino (92%, n=58). Em relação à idade dos entrevistados, a média era de 43 anos, variando de 31 anos a 61 anos. No que diz respeito à escolaridade, notou-se predomínio de pessoas com ensino médio completo (53%, n=34), seguido de pessoas com ensino superior completo (34%, n=23). Apenas um entrevistado possuía ensino fundamental completo, um com ensino médio incompleto, dois com o ensino superior incompleto e três não informaram sua escolaridade. Alguns eram pós-graduados, com prevalência em saúde coletiva, mas também foram citadas outras, como obstetrícia, saúde do trabalho, auditoria em saúde, gestão, periodontia e ortodontia.

Já com relação ao estado civil dos entrevistados, a maioria respondeu ser casada (56%, n=35), seguida de solteiros (27%, n=17), divorciados (11%, n=7) e por fim, união estável (5%, n=3) e separado (2%, n=1).

Quanto à profissão dos voluntários, a maioria era de agentes comunitários de saúde (63%, n=39), seguidos de técnicos de enfermagem (16%, n=10), dentistas (8%, n=5), enfermeiros (6%, n=4), auxiliares de saúde bucal (3%, n=2) e gestores (3%, n=2). Não houve participação de nenhum médico durante as intervenções, fosse por desinteresse ou por incompatibilidade de suas agendas de atendimento com os dias das intervenções, por isso não foram quantificados na presente amostragem. Pontua-se que do total de 12 médicos convidados a participar da pesquisa, quatro eram médicos de família e comunidade e os outros, médicos generalistas.

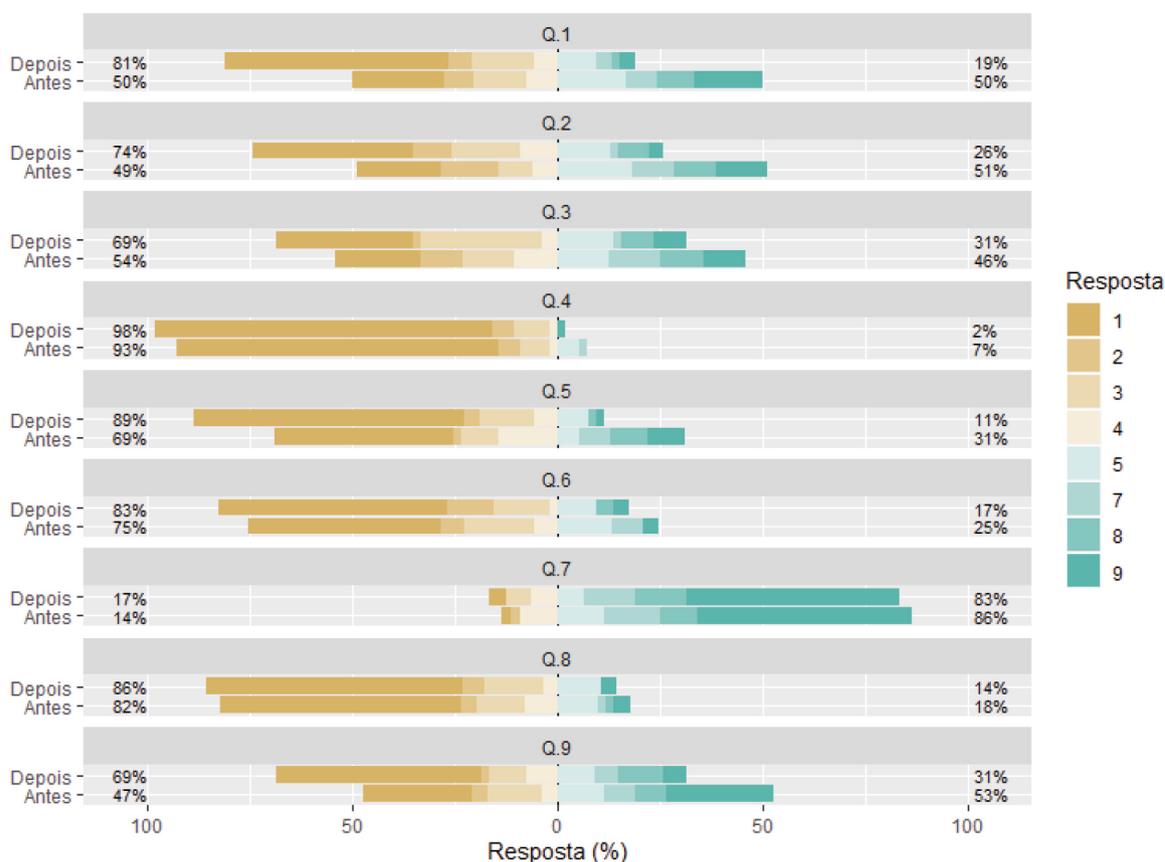
Todas as intervenções ocorreram como planejadas pelos pesquisadores. Em relação às respostas ao questionário AQ-9, analisando-se globalmente, observa-se que todos os casos pós-intervenção apresentam redução no nível do estigma em relação à saúde mental. Tal fato foi comprovado pelo número de pontos, entre 5 e 9, de 86% no teste pré-intervenção, e de 83%, no pós-intervenção. Já nas outras, a redução do estigma está presente com o aumento de porcentagem das pontuações de 1 a 4. Quanto à questão de número 7, pode-se perceber a presença de comportamento antagônico em relação às respostas das demais, sendo algo positivo, contribuindo para redução do estigma, pois trata-se da possibilidade de oferecer ajuda ao paciente (Figura 1).

No conjunto de todos os profissionais, observou-se maior estigma nas questões de pré-teste referentes à imposição de tratamento (questão 9), à associação de perigo ao paciente de saúde mental (questão 2) e ao sentimento de pena pelo paciente (questão 1). Contudo, foi perceptível a redução acentuada do estigma, como confirmado pelo resultado do pós-teste, observando-se significativo aumento dos números de menor valor (de 1 a 4) quando comparados ao pré-teste. Dessa forma, a redução aconteceu em todas as indagações, mais acentuadamente nas questões 1, 2, 3, 5 e 9, e de maneira sutil nos itens 4, 6, 7 e 8, como observado na Figura 1.

Os resultados pós-teste esclareceram a eficácia da intervenção, sendo possível observar o decréscimo do estigma em todas as questões apresentadas no questionário utilizado. Reforçando o comportamento contrário da questão número 7 (“Com que probabilidade eu ajudaria José?”) por se tratar de uma oferta de ajuda ao paciente, não de um julgamento preconcebido do indivíduo, como as demais assertivas.

Realizando o teste de Wilcoxon para dados pareados entre o somatório das respostas do AQ-9 antes e depois da intervenção, obteve-se o $p=0,0006409$, ou seja, houve diferença significativa, com nível de significância de 1%. A figura a seguir apresenta o comportamento das somas dos respondentes antes e depois da intervenção (Figura 2).

Pode-se notar um deslocamento da densidade no eixo X (soma), ou seja, depois da intervenção, há diminuição dos valores das somas, sendo estes concentrados mais próximos de 20 em comparação com os valores anteriores, estes concentrados mais próximos de 40.



Q. 1 = Eu sentiria pena do José; Q. 2 = Quão perigoso acha que o José é? Q. 3 = Quão assustado pelo José se sentiria? Q. 4 = Acho que o José é culpado da sua condição presente; Q. 5 = Acho que seria melhor para a comunidade do José se ele fosse internado num hospital psiquiátrico; Q. 6 = Quão zangado se sentiria com o José? Q. 7 = Com que probabilidade eu ajudaria José? Q. 8 = Eu tentaria manter-me afastado do José; Q. 9 = Acha que o José deveria ser forçado a fazer tratamento médico, mesmo contra a sua vontade?

Figura 1. Distribuição das frequências relativas das respostas por questão do AQ-9 antes e depois da intervenção de capacitação profissional. Fortaleza (CE), 2019.

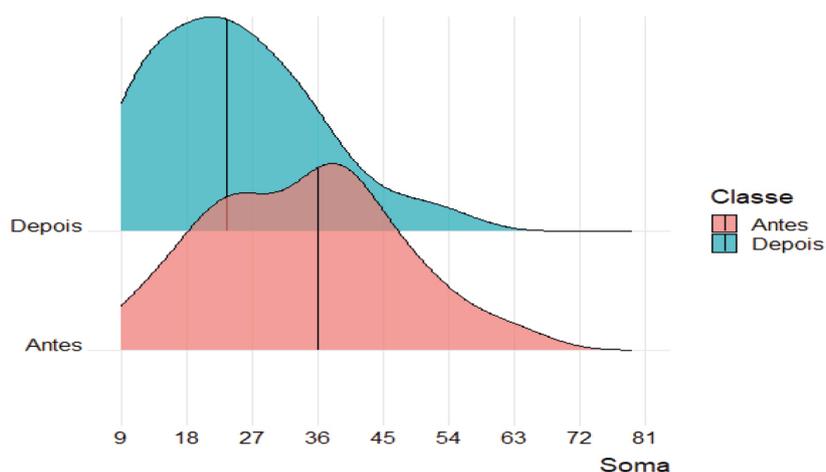
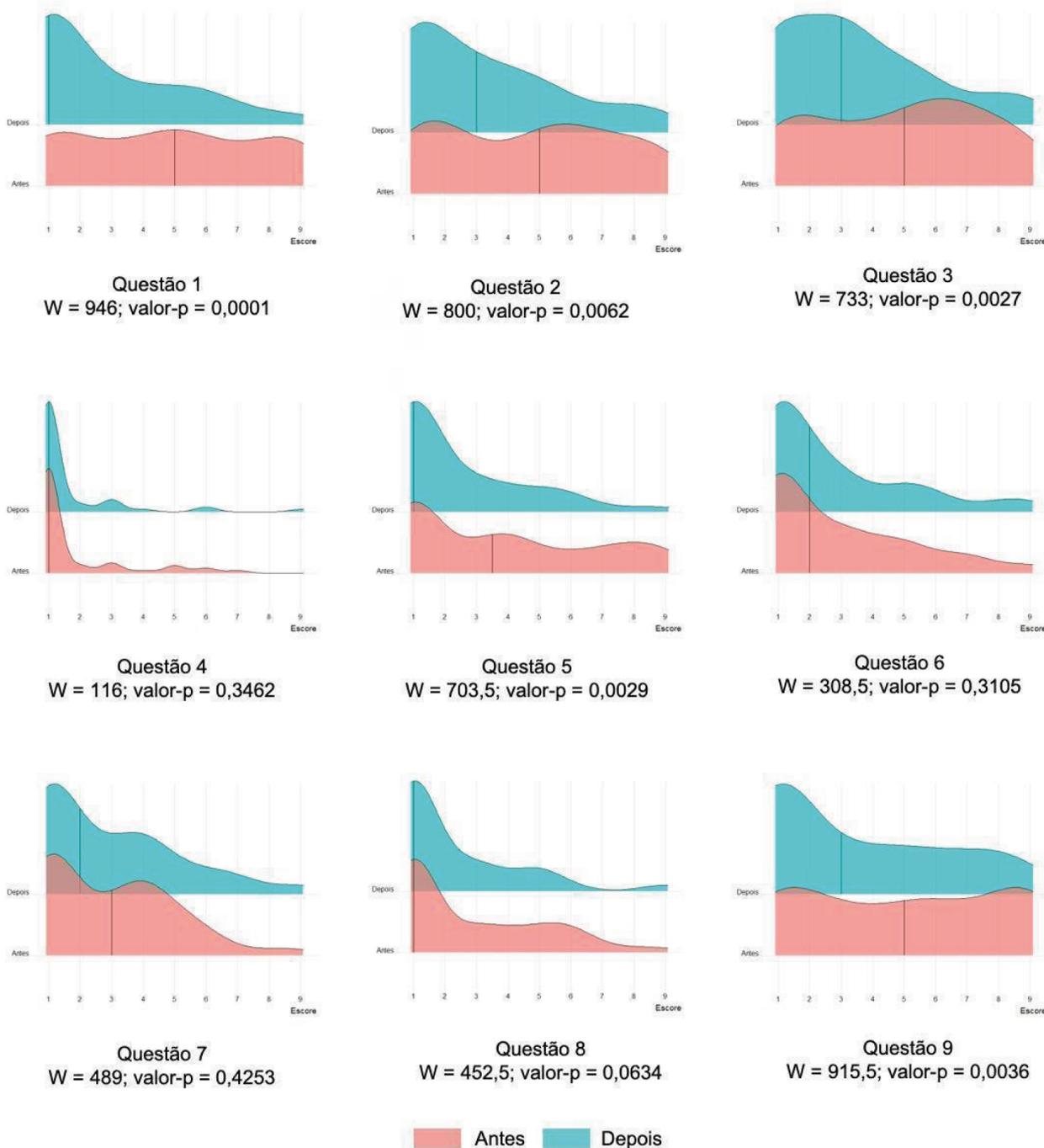


Figura 2. Gráficos da densidade dos valores das somas dos resultados do AQ-9 de todos os participantes antes e depois da intervenção educativa. Fortaleza (CE), 2019.

Outra forma de analisar o problema em questão é olhando item por item, isto é, se houve mudança de respostas antes e depois. A Figura 3 fornece os respectivos gráficos de densidade das respostas antes e depois como também os valores-p dos testes de Wilcoxon para cada item.



W = valor da estatística do teste de Wilcoxon.

Figura 3. Gráficos das densidades dos valores das somas dos resultados de cada pergunta do AQ-9 de todos os participantes antes e depois da intervenção educativa com respectivos valores-p do teste de Wilcoxon. Fortaleza (CE), 2019.

Na análise de testes feitos item por item, perceberam-se alguns resultados significativos de 5% em relação à mediana para alguns itens. Porém, em outros não, como nas questões 4, 6, 7 e 8, que não apresentaram diferença significativa da mediana, mas já se iniciaram com valores próximos de 1.

A seguir é apresentado o gráfico da diferença do parâmetro de localização (mediana) antes e depois da intervenção (Figura 4). Esse gráfico foi construído utilizando-se um intervalo de confiança de 95%. Nota-se que, caso a intervenção tenha diminuído o estigma dos respondentes, estes se apresentam no lado positivo do gráfico, à direita. Caso a intervenção tenha aumentado o estigma dos respondentes, estes se encontram à esquerda do gráfico, valores negativos. Já para os intervalos que contêm o valor zero, tem-se que, nestas questões, não se pode afirmar que tenha havido efeito da intervenção.

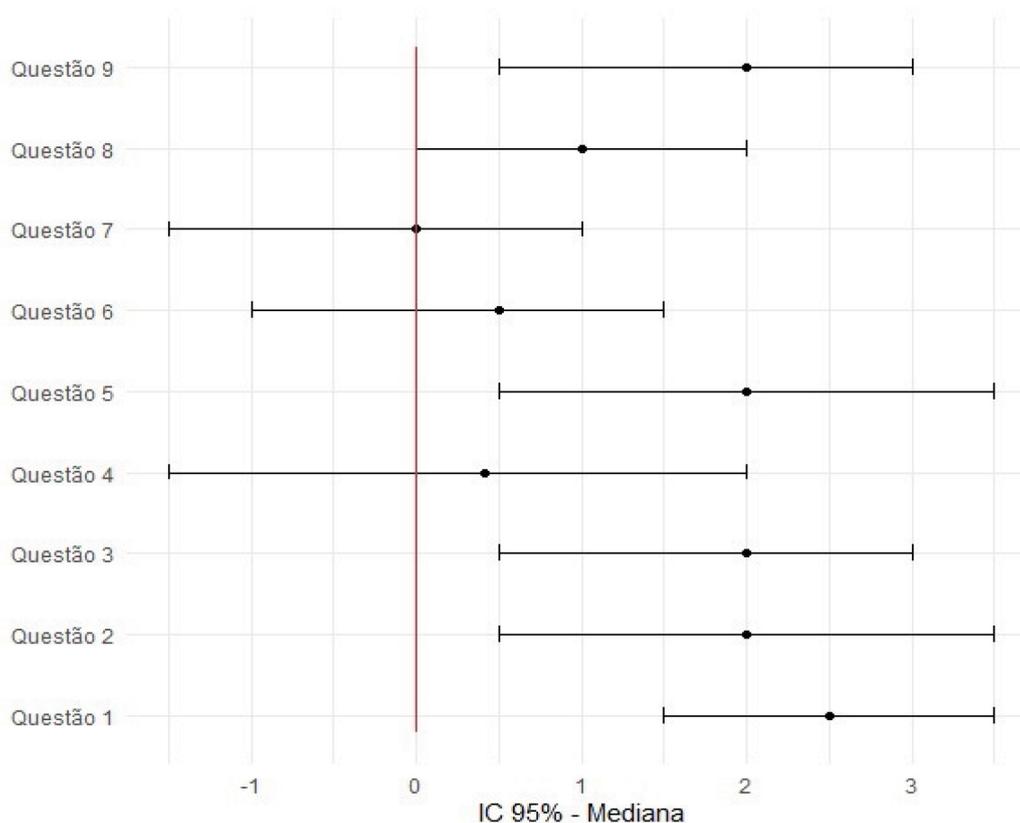


Figura 4. Intervalo de confiança de 95% para a mediana de cada uma das questões avaliadas pelo AQ-9. Fortaleza (CE), 2019.

A partir da análise da Figura 4 apresentada, têm-se conclusões análogas às já avaliadas na Figura 3. O intervalo de confiança de 95% para a soma apresentada na Figura 2 é de [4,0; 15,5], indicando que globalmente o estigma em relação ao transtorno mental diminuiu com a intervenção pedagógica.

DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, diversas iniciativas pautadas na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) vêm sendo realizadas para qualificar intersetorial e interdisciplinarmente os profissionais da Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS), com o fito de integrar melhor os pacientes com transtornos mentais à comunidade e romper com o estigma e o preconceito social que estes enfrentam e tanto reforçam o seu isolamento.^{17,18}

Apesar dos esforços, há várias barreiras e desafios enfrentados por muitos profissionais da saúde para promover um cuidado integral em saúde mental, como: elevada demanda de atendimentos, lacunas na coordenação do cuidado e de articulação entre atenção primária e atenção especializada, ausência de matriciamento e falta de apoio por parte de gestores locais.⁸

Além disso, muitos profissionais da saúde ainda são submetidos a formações tradicionais, que não costumam contemplar a complexidade do cotidiano clínico de serviços sob a orientação da Reforma Psiquiátrica brasileira e dos princípios norteadores da atenção psicossocial pautada em liberdade, trabalho territorial, autonomia e exercício de direitos básicos.¹⁷ Dessa forma, quantidade considerável de graduações não são embasadas nas demandas dos usuários de saúde mental, pois os acadêmicos ainda são acostumados à perspectiva de instituições manicomiais. Muitos não conhecem os hospitais psiquiátricos e não estão familiarizados com a luta antimanicomial.¹⁹

É importante destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é regido por normativas que enfatizam a formação profissional. Como exemplo disso, a Portaria nº 3.088/2011 estabelece a promoção de EPS dedicada aos profissionais da RAPS.¹⁷ Essa estratégia foi instituída pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, em 2004, sob a forma de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.²⁰

Várias experiências relacionadas à qualificação de profissionais, em especial da APS, quanto à saúde mental vêm sendo realizadas. Em 2016, foi elaborado um modelo de Oficina de Formação em Saúde Mental como vertente da EPS, trazendo à tona a própria saúde mental dos profissionais e os desafios de trabalhar em equipe.²¹ Já Kinker et al. construíram um curso de aperfeiçoamento em saúde mental destinado a membros da RAPS. O curso optou por problematizar a experiência cotidiana dos profissionais no encontro com indivíduos em sofrimento.²² Destarte, ratifica-se a importância de tratar temáticas de saúde mental de forma subjetiva, alcançando o profissional não apenas como profissional, mas como ser humano, despertando sua empatia com pacientes que sofrem com males oriundos da mente.

Outro trabalho, este realizado no serviço de psiquiatria de um hospital de Portugal, avaliou questões sociodemográficas, psicossociais e de estereótipos associados à doença mental por meio do AQ. A população de tal estudo era constituída pela comunidade habitante da região de Lezíria do Tejo, naquele país. Como resultados, 18% da amostra referiu sofrer ou já ter sofrido de uma doença psiquiátrica e 40%, já ter tido contato com alguém da família com doença psíquica. Diante do caso de um membro da comunidade apresentar doença mental severa, 59,2% dos respondentes disseram ser a favor do tratamento médico compulsório e 44,5%, do seu internamento hospitalar.²³

Alguns estudos utilizaram o AQ para aferir estigma em estudantes de saúde e propor intervenções pedagógicas. Na pesquisa de Querido et al., 6,5% dos acadêmicos referiram ter sido diagnosticados com uma doença mental. A maioria deles (60,8%) referiu que nunca teve contato com doenças mentais no seio familiar. No total da amostra, verificou-se a presença de estigma de baixo a moderado em todos os cursos, com predominância moderada de estigma na expressão de “pena” — em relação ao doente mental —, coerção e segregação.²⁴

Semelhantemente à intervenção no presente estudo, com palestra expositiva, foi realizado um trabalho usando vídeos de ambiente escolar como estratégia para a desestigmatização. Compararam-se as respostas ao questionário dos estudantes que haviam assistido ao vídeo com as dos que não passaram

por essa intervenção. Constatou-se que a intervenção reduziu significativamente as pontuações para o grupo teste. Somando-se enfermeiros e técnicos de enfermagem, estes representaram 22,6% dos participantes dessa intervenção.¹²

Uma pesquisa aplicou uma entrevista semiestruturada a profissionais da área de saúde mental, os quais apresentaram melhor compreensão sobre violência, mas não demonstraram familiaridade com o termo estigma. No entanto, houve concordância sobre a relação de estigma com violência. Foi reconhecido que tal fenômeno é presente nas práticas profissionais de forma naturalizada, dificultando sua identificação em âmbito institucional. Segundo os entrevistados, o estigma como expressão de violência interfere na relação de saúde e doença, e pode agravar o sofrimento mental.²⁵

Intervenções utilizadas em países de baixa e média rendas para diminuição do estigma foram reunidas em uma revisão por Heim et al., com a predominância de palestras teóricas, além de métodos interativos, estudos de caso ou dramatizações. Percebeu-se que o efeito de breves intervenções de treinamento, de uma hora a um dia, foi nulo ou pequeno, ao passo que intervenções de treinamento mais longas, com métodos mais sofisticados, produziram mudanças estatisticamente significativas nos questionários de estigma validados.²⁶ Ao contrário do exposto, o presente estudo foi capaz de diminuir significativamente o estigma com uma intervenção pontual.

A revisão de Mehta et al. contemplou métodos globais de intervenção no que se refere ao estigma em saúde mental. A maioria das pesquisas se concentrava em resultados de curto prazo e foi conduzida em ambientes de alta renda. Há evidências modestas da eficácia ao fim de quatro semanas de acompanhamento em termos de aumento de conhecimento e redução de atitudes estigmatizantes. As evidências não apoiam a perspectiva de que o contato social é o tipo mais eficaz de intervenção no que tange a atitudes em médio e longo prazos.¹³

Destaca-se a importância de uma ação coordenada para reduzir o estigma associado a doenças psiquiátricas pelo entendimento de que a saúde mental e a saúde física são indissociáveis. Estudos demonstram que a desinstitucionalização e a integração dos cuidados de saúde mental comunitários com os serviços da APS, o que inclui a participação ativa da comunidade, reduziram o estigma.⁹

Um relato de experiência produzido por enfermeiros documentou o desenvolvimento de intervenções psicossociais, contribuindo para discussões sobre o estigma com profissionais da saúde e usuários de uma unidade básica de saúde. Promoveu-se, por meio de tal atitude, a conscientização sobre o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos e a abertura para novos modelos de atenção, como as práticas integrativas e complementares.²⁷

Este estudo apresenta limitações próprias de seu desenho, que demonstra baixo potencial de generalização. Não é possível excluir a existência de um viés de seleção, tendo em vista que se utilizou uma amostragem por conveniência. Além disso, a amostra não foi dimensionada para teste de hipótese, de forma que $p > 0,05$ não exclui efeitos educacionais importantes. Não foi analisada a influência de possíveis características pessoais, profissionais e sociodemográficas dos participantes na presença e extensão do estigma.

Destaca-se que não foi avaliada mudança de comportamento em práticas de trabalho dos profissionais participantes depois da intervenção educativa, mas sim respostas via questionário de mudança de atitude mediante os transtornos mentais. Outra limitação foi a não participação de nenhum profissional médico. Vale ressaltar que o teste de Wilcoxon utilizado mostra apenas a diferença, ou seja, não temos evidência para afirmar em que grau a intervenção impactou nas respostas, sabemos apenas que houve diminuição significativa na soma das respostas depois da intervenção.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados, constata-se que a intervenção baseada na educação em saúde foi capaz de diminuir o estigma dos profissionais da atenção primária participantes acerca de portadores de transtornos mentais aferido pelas respostas ao questionário AQ-9.

O estudo permitiu perceber a presença de estigma entre os profissionais da saúde participantes e como intervenções educacionais, mesmo que pontuais, podem ser úteis para sua redução. Tais ações poderiam ainda se somar a estudos futuros, como avaliação de mudança comportamental nas práticas de trabalho desses profissionais, além de pesquisas incluindo a percepção dos pacientes e suas famílias, colaborando para uma visão mais ampla da temática estigma contra portadores de transtornos mentais.

Os dados obtidos fornecem informações que podem melhorar a educação permanente dos profissionais da saúde e ajustar as políticas de saúde municipais. Em longo prazo, remover barreiras de estigma no cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais é importante para melhorar a qualidade da atenção primária, garantindo a esse grupo receber assistência integral de maneira adequada.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MPC: Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Recursos. LMV: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Recursos. CSGVF: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Recursos. MCSV: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Recursos. GBMR: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Recursos. LBC: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Software, Supervisão, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Martins GCS, Peres MAA, Oliveira AMB, Stipp MAC, Almeida Filho AJ. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. *Texto Contexto Enferm* 2013;22(2):327-34. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200008>
2. Silveira PS, Martins LF, Soares RG, Gomide HP, Ronzani TM. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estud Psicol* 2011;16(2):131-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000200003>
3. Mascayano F, Tapia T, Schilling S, Alvarado RN, Tapia E, Lips W, et al. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Braz J Psychiatry* 2016;38(1):73-85. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1652>
4. Weber CAT, Juruena MF. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2017;18(3):640-56. <https://doi.org/10.15309/17psd180302>
5. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res* 2014;218(1-2):35-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.028>
6. Min SY, Wong YLI. Association between community contextual factors and stigma of mental illness in south Korea: a multilevel analysis. *Psychiatr Q* 2017;88(4):853-64. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9503-1>
7. Nunes JMS, Guimarães JMX, Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2016;26(4):1213-32. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000400008>
8. Hirdes A, Scarparo HBK. The maze and the minotaur: mental health in primary health care. *Cienc e Saude Colet* 2015;20(2):383-93. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>

9. Sapag JC, Sena BF, Bustamante IV, Bobbili SJ, Velasco PR, Mascayano F, et al. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: challenges and opportunities for Latin America. *Glob Public Health* 2018;13(10):1468-80. <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1356347>
10. Ungar T, Knaak S, Szeto ACH. Theoretical and practical considerations for combating mental illness stigma in health care. *Community Ment Health J* 2016;52(3):262-71. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9910-4>
11. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciêns Saúde Colet* 2014;19(3):847-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
12. Gonçalves M, Moleiro C. Resultados de um programa piloto de desestigmatização da saúde mental juvenil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2016;34(3):276-82. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.06.005>
13. Mehta N, Clement S, Marcus E, Stona AC, Bezborodovs N, Evans-Lacko S, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *Br J Psychiatry* 2015;207(5):377-84. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>
14. Keynejad RC, Dua T, Barbu C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evid Based Ment Health* 2018;21(1):30-4. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102750>
15. Oliveira ARF, Azevedo SM. Estigma na doença mental: estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam* 2014;30(4):227-34. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>
16. Corrigan PW. A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness. Illinois: Inst Technol; 2012.
17. Scafuto JCB, Saraceno B, Delgado PGG. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comun Ciências da Saúde* 2017;28(03/04):350-8.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
19. Assis JT, Scafuto JCB, Lenza RCP, Kinoshita RT. Percursos formativos na RAPS: aprendendo e ensinado entre pares. In: 12º Congresso Internacional da Rede Unida; 2016. *Revista Saúde em Redes* 2016;2(supl 1). Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/2654>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política nacional de educação permanente em saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
21. Santos AA, Dalla Vecchia M. Oficina de formação em saúde mental como estratégia de educação permanente em saúde. *Saúde Transform Soc* 2016;7(2):69-82.
22. Kinker FS, Moreira MIB, Bertuol C. O desafio da formação permanente no fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial. *Interface Comunicação, Saúde e Educação* 2018;22(67):1247-56. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0493>
23. São João R, Coelho T, Ferreira CS, Castelo AM, Massano MT. Estigma na doença mental: estudo observacional e piloto em Portugal. *Rev da UIIPS* 2017;5(2):171-85. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v5.i2.14518>
24. Querido A, Tomás C, Carvalho D. O estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2016;3(Spe. 3):67-72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0120>
25. Barretto RS, Figueiredo AEB. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. *Cad Saúde Colet* 2019;27(2):124-30. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900020370>
26. Heim E, Kohrt BA, Koschorke M, Milenova M, Thornicroft G. Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low-and middle-income countries: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2020;29:e42. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000349>
27. Barbosa VFB, Lima CG, Simões JPS, Pedroza RM, Mello MG. Tecnologias leves para o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial: contribuições à superação de estigmas sobre a doença mental. *Extensio Revista Eletrônica de Extensão* 2017;14(26):119-32. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n26p119>