



Direito biomédico, Neurociências e Psiquiatria - aspectos teóricos e práticos

Doença mental e estigma

Biomedical law, neuroscience and psychiatry – theoretical and practical aspects

Stigma and mental disease

Fábio Lopes Rocha*

Resumo

As doenças mentais são muito comuns e universais. Uma em cada cinco pessoas sofre de um transtorno mental em um ano qualquer. Mais de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de doenças mentais. As doenças neuropsiquiátricas perfazem 13% do fardo global das doenças, ultrapassando as doenças cardiovasculares e os cânceres. As pessoas com transtornos mentais sofrem duplamente. Por um lado, lutam contra os sintomas e incapacidades resultantes da doença. Além disso, enfrentam os estereótipos e preconceitos resultantes das ideias errôneas acerca das doenças mentais. Esses indivíduos frequentemente sofrem o estigma do público e podem sofrer do autoestigma. O estigma, a discriminação e a violação que indivíduos afetados por doenças mentais e seus familiares sofrem são intensos e difusos. O estigma diminui a autoestima e suprime oportunidades sociais. Pessoas com doenças mentais graves são roubadas de oportunidades como bons trabalhos, habitação segura, cuidados de saúde adequados e associação com grupos de pessoas diversas. Isto pode aumentar o afastamento da sociedade e reforçar sentimentos de exclusão e isolamento social. O estigma associado à doença mental é o maior obstáculo a um melhor cuidado à saúde mental e a uma melhor qualidade de vida para os pacientes, suas famílias e para a sociedade como um todo.

Palavras Chaves: Transtorno mental. Estigma. Autoestigma. Discriminação

Abstract

Mental illnesses are quite common and universal. One in five people suffer from a mental disorder in any given year. More than 450 million people across the globe suffer from mental illnesses. Neuropsychiatric disorders make up 13% of the global disease burden, surpassing both cardiovascular disease and cancer. People with mental illness are challenged doubly. On one hand, they struggle with the symptoms and disabilities that result from the disease. On the other, they are threatened by the stereotypes and prejudice that result from misconceptions about mental illness. Persons with mental illness frequently encounter public stigma and may suffer from self-stigma. The stigma, discrimination and human rights violations that individuals and families affected by mental disorders suffer are intense and pervasive. Stigma diminishes self-esteem and denies people social opportunities. People with serious mental illness are robbed of the opportunities such as good jobs, safe housing, satisfactory health care, and affiliation with a diverse group of people. This can increase isolation from society and reinforce feelings of exclusion and social withdrawal. The stigma attached to mental illness is the main obstacle to better mental health care and a better quality of life for patients, their families and the community as a whole.

Keywords: Mental disorder. Stigma. Self-stigma. Discrimination.

*Psiquiatra. Coordenador da Clínica Psiquiátrica do IPSEMG. Membro Titular da Academia Mineira de Medicina. Contato: rochaf@uol.com.br

Introdução

O estigma é uma grande barreira para as pessoas que sofrem de transtornos mentais. Pessoas com transtornos mentais graves são frequentemente evitadas por amigos e familiares, são discriminadas por colegas de escola ou trabalho, são preteridas por empregadores e locatários, são vítimas de violência, são mostradas de forma caricatural e preconceituosa no cinema, televisão e na mídia impressa e, por vezes, são alvo de ações policiais.

Vive-se em uma cultura que não respeita a doença mental, que discrimina e segrega o indivíduo portador de transtorno psiquiátrico. A inserção nessa cultura frequentemente acarreta também a autoestigmatização. O estigma e o autoestigma são dois grandes obstáculos à integração social e a uma vida plena em sociedade. Dessa forma, o paciente com transtorno mental grave sofre não só pela doença em si, mas também pelo estigma social que segrega e nega oportunidades para o trabalho e para a vida independente. Neste trabalho abordaremos a frequência e impacto das doenças mentais, a ocorrência do estigma e suas consequências e as estratégias que podem ser instituídas para o enfrentamento do estigma e autoestigma.

1 Importância da doença mental

A magnitude, sofrimento e fardo – em termos de incapacitação e custo para os indivíduos, famílias e sociedades, relacionados às doenças mentais foram subestimados até muito recentemente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de transtornos psiquiátricos. Aproximadamente um milhão comete suicídio a cada ano. Uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro com doença mental. Todas as pessoas têm alguém de seu relacionamento próximo, familiar ou amigos, que sofre de algum transtorno psiquiátrico. Frequentemente, os familiares são os cuidadores primários de pessoas com doenças mentais graves, com grande impacto em sua qualidade de vida e na economia doméstica (WHO, 2003).

Levantamentos epidemiológicos comprovam a elevada prevalência das doenças mentais. Nos EUA, a prevalência ao longo da vida em indivíduos acima de 18 anos é de

46,4%. Cerca de um em cada quatro indivíduos apresenta um transtorno psiquiátrico em um dado ano, sendo 22% considerados graves. Ao final da vida, 51% dos indivíduos terão apresentado um transtorno psiquiátrico (KESSLER; BERGLUND *et al.*, 2005; KESSLER; CHIU *et al.*, 2005). Apesar do sofrimento pessoal e familiar e da incapacitação relacionada aos transtornos psiquiátricos graves, um levantamento realizado em 14 países mostrou que, nos países desenvolvidos, 35,5 a 50,3% dos casos graves não receberam tratamento no último ano e, nos países em desenvolvimento, 76,3 a 85,4% não tiveram acesso ao sistema de saúde (WHO, 2004).

Em termos de saúde pública, os transtornos mentais são extremamente relevantes, em virtude de sua elevada prevalência e da considerável contribuição ao fardo global das doenças, medido em relação ao número de anos perdidos por incapacidade ou por morte prematura devido a cada uma das doenças, além dos custos elevados (EATON; MARTINS *et al.*, 2008). Entre as principais categorias de doenças, as doenças neuropsiquiátricas ocupam o primeiro lugar em relação ao fardo global das doenças, superando as doenças cardiovasculares, respiratórias, digestivas, musculoesqueléticas e os cânceres. Entre as 14 principais doenças neuropsiquiátricas, dez são psiquiátricas. As doenças neuropsiquiátricas são responsáveis por um terço da incapacidade determinada pelas doenças em geral. Entre todas as doenças, a depressão é aquela com maior fardo global (EATON; MARTINS *et al.*, 2008).

Em relação a custos, um relatório conjunto do Fórum Econômico Mundial e da Escola de Saúde Pública de Harvard, publicado em 2011, chamou a atenção para o elevado custo atual das doenças não comunicáveis e para o impressionante aumento projetado para as próximas duas décadas. Estimam-se perdas acumuladas de cerca de US\$ 47 trilhões envolvendo as doenças mentais, cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes, o que representa, aproximadamente, 75% do PIB global em 2010. As doenças mentais são responsáveis pelo maior percentual dessas perdas. O custo global estimado das doenças mentais em 2010 e em 2030 é de US\$ 2,5 trilhões e US\$ 6 trilhões, respectivamente. Esses números são impressionantes, considerando-se, por exemplo, que o gasto total em saúde no mundo, em 2009, foi de US\$ 5,1 trilhões ou que o PIB dos países de renda baixa é menor que US\$ 1 trilhão (BLOOM; CAFIERO *et al.*, 2011).

De qualquer perspectiva de análise, a importância das doenças mentais é muito clara. Essas doenças acarretam um significativo sofrimento pessoal e familiar, são o principal responsável pelo fardo global das doenças, isto é, pela perda de vida saudável

por incapacidade ou morte precoce, e são responsáveis pelo maior percentual dos custos das doenças não comunicáveis. O estigma envolvendo os transtornos mentais contribuiu para ofuscar esses dados até muito recentemente. Deve ser combatido em benefício da pessoa portadora de transtorno mental e em benefício da sociedade.

2 Estigma

A palavra estigma vem do grego *stigma*, que significa picada, marca feita com ferro em brasa, sinal, tatuagem (HOUAISS; VILLAR *et al.*, 2009). Na Grécia Antiga, estigma era uma marca distintiva queimada ou cortada na pele de escravos ou criminosos para que os outros pudessem saber quem eles eram e que eram membros inferiores da sociedade. Por derivação, estigma é uma forma de construção social para indicar uma marca distintiva de desgraça social que, ao mesmo tempo, transmite uma identidade. Trata-se de uma diferenciação negativa relacionada a alguns membros da sociedade que são afetados por alguma condição ou estado particular. Envolve dois componentes fundamentais: o reconhecimento da “marca” que diferencia e a subsequente desvalorização daquele que a porta. Acarreta estereotipização negativa, atitude preconceituosa e práticas discriminatórias.

Na Grécia Antiga, a palavra estigma não era relacionada à doença mental, mas essas doenças já eram associadas ao conceito de vergonha, desvalorização e humilhação. Na Idade Média, a atitude inquisitorial relacionada às bruxas, além de representar forte misoginia, representava atitude negativa e condenatória em relação à doença mental. Isto pode ter sido a origem da atitude estigmatizante em relação às doenças mentais desde o racionalismo do século 17 até os dias atuais, em culturas cristãs (ARBOLEDA-FLÓREZ, 2008).

Em uma perspectiva antropológica, cada um de nós organiza o mundo a partir da relação individualidade – alteridade, a partir da consciência de sermos únicos, de termos uma identidade específica que nos distingue do outro. Acrescendo-se a isso o fato de sermos seres precários (somos mortais, cosmicamente insignificantes e biologicamente frágeis), temos o caldo de cultura psicológico para o desenvolvimento do preconceito e estigma. Reforçamos a nossa identidade frágil a partir da desvalorização e exclusão do

outro. A exclusão dos enfermos nos conforta com a fantasia de que somos sadios. A estigmatização da doença mental nos traz a ilusão da saúde mental.

3 A perpetuação do estigma relacionado à doença mental

O estigma opera em círculos viciosos que abrangem o indivíduo que sofre de um transtorno psiquiátrico, sua família e os serviços de saúde mental (SARTORIUS; SCHULZE, 2005). Um diagnóstico de transtorno psiquiátrico ou uma anormalidade visível, como o efeito colateral de fármacos, deflagra no observador a recuperação de conteúdos negativos como conhecimentos prévios, informação da imprensa e lembrança de filmes que levam à estigmatização. Os pacientes com doença mental que mostram sinais visíveis de suas condições, seja em virtude dos sintomas, seja em decorrência de efeitos colaterais que os fazem parecerem anormais, são vistos como fracos de caráter, preguiçosos ou ameaçadores. O estigma conduz à discriminação negativa do indivíduo com transtorno mental e, conseqüentemente, a prejuízos e desvantagens como reveses frequentes, serviços de saúde ruins e dificuldade de acesso a cuidados. Há comprometimento da autoestima, maior incapacitação e menor resistência ao estresse. Tudo isso acarreta uma piora do quadro e reinício do círculo vicioso.

Na família, o aparecimento da doença estigmatizada acarreta vergonha, culpa e preocupação, com conseqüente redução das reservas emocionais, econômicas e de tempo e perda do apoio mútuo. Ocorrem rupturas familiares, acarretando aumento do estresse familiar. O estresse do grupo é favorecedor do agravamento da doença estigmatizada ou de seu reaparecimento.

Nos serviços de assistência psiquiátrica, o estigma contribui para que a procura de assistência ocorra em estágios mais avançados da doença, com maior dificuldade de tratamento e maior número de internações involuntárias. Há comprometimento da reputação do serviço e, conseqüentemente, redução dos investimentos, o que acarreta deterioração das condições e redução da qualidade do pessoal. Tudo isso resulta em piora da qualidade do serviço e aumento do estigma.

O estigma associado à doença mental abrange o paciente, sua família, as instituições psiquiátricas, a equipe que trabalha nessas instituições, os medicamentos e demais terapêuticas. É o maior obstáculo à recuperação e reabilitação do paciente. É um componente básico da discriminação negativa que as pessoas com doenças mentais experimentam a cada dia. Acarreta pior qualidade de vida e pior assistência.

4 Estudos acerca da ocorrência de estigma relacionado à doença mental

Nas últimas décadas, foram conduzidos vários estudos em diversos países acerca da percepção e do conhecimento da população sobre a doença mental. Os resultados mostraram elevada ocorrência de rejeição em relação a pessoas portadoras de transtorno psiquiátrico, principalmente de esquizofrenia. Curiosamente, apesar do apoio crescente à concepção médica das doenças mentais, ao longo do tempo não houve redução significativa da estigmatização por parte da população (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2005; PESCOSOLIDO; MARTIN *et al.*, 2010).

Em um desses estudos, realizado nos EUA, os autores compararam dados de um levantamento realizado em 1996 com aqueles de 2006. Os resultados mostraram que apesar de um maior conhecimento acerca do entendimento neurobiológico das doenças psiquiátricas e de um maior apoio aos serviços de saúde mental, não houve uma redução significativa do estigma. O desejo de manter-se afastado de pessoas com doenças mentais, e a percepção de perigo associado a essas pessoas, não se alteraram significativamente. Em relação às pessoas com depressão, 47% da população não gostariam de trabalhar próximos a elas, 20% não gostariam de tê-las como vizinhos, 30% não gostariam de se socializar com elas, 21% não gostariam de fazer amizade com essas pessoas, 53% não gostariam de casamento na família com pessoas com depressão, 70% consideravam essas pessoas autoagressivas e 32% heteroagressivas. Em relação a indivíduos com esquizofrenia, a rejeição foi ainda maior. Por exemplo, mais de 60% dos entrevistados disseram que não desejariam trabalhar próximo a uma pessoa com esquizofrenia ou de ter um casamento na família envolvendo alguém com essa doença. Sessenta por cento consideravam essas pessoas heteroagressivas e 84%, autoagressivas (PESCOSOLIDO; MARTIN *et al.*, 2010).

Um estudo semelhante realizado na Alemanha, comparando levantamentos de 1990 e 2001 também mostrou que, apesar do aumento da tendência da população em apoiar a causalidade biológica da esquizofrenia, houve um aumento do desejo de distância social de pessoas com essa doença. Cinquenta e seis por cento dos entrevistados disseram que não gostariam de tê-las em seu círculo social, 67%

rejeitariam um casamento na família e 84% não empregariam uma babá portadora da doença (ANGERMEYER; MATSCHINGER, 2005).

No Brasil, levantamento realizado na cidade de São Paulo mostrou que crenças relacionadas ao estigma público em relação a pessoas com esquizofrenia são muito frequentes. Indivíduos portadores de esquizofrenia foram considerados potencialmente perigosos por cerca de 70% dos entrevistados. Quase 60% consideraram que as pessoas com esquizofrenia são capazes de despertar reações negativas e discriminação social (PELUSO; BLAY, 2011).

Uma área em que há grande desconhecimento e preconceito relacionado às pessoas que sofrem de transtornos mentais graves é aquela vinculada à violência. É comum que se considere esses indivíduos potencialmente agressivos e violentos. Na realidade, a associação entre doença psiquiátrica grave e violência ocorre tanto no que diz respeito à perpetração de violência, quanto em relação à vitimização violenta. Ambas são mais comuns entre indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos graves, quando comparados à população em geral. Entretanto, esses indivíduos são muito mais frequentemente vítimas da violência. Trata-se de um dos grupos mais vulneráveis aos crimes violentos (CHOE; TEPLIN *et al.*, 2008). Por exemplo, os pacientes com doenças mentais graves têm 12 vezes mais chance de sofrerem um crime violento do que a população geral. Sofrer violência sexual, incluindo estupro, é 17 vezes mais frequente nesse grupo. Esses indivíduos têm 140 vezes mais chance de serem furtados que a população geral (TEPLIN; MCCLELLAND *et al.*, 2005). A vitimização entre os pacientes com transtorno mental grave é um problema de saúde pública e deve ser alvo de pesquisas e políticas públicas específicas.

Em relação aos tratamentos psiquiátricos, há também desconhecimento e preconceito por parte da população. Por exemplo, um levantamento realizado na Suíça identificou que o uso de antidepressivos para o tratamento da depressão foi considerado benéfico por apenas 23% da população, enquanto 38% consideravam essa abordagem prejudicial. O emprego de antipsicóticos, no caso de esquizofrenia, é benéfico para apenas 10% da população e prejudicial para 48%. Apenas 1% dos entrevistados considerou útil a eletroconvulsoterapia, enquanto 60% a avaliaram como prejudicial (LAUBER; CARLOS *et al.*, 2005). Na Austrália, o público foi muito mais favorável na avaliação de vitaminas e minerais e dietas especiais para o tratamento de depressão e esquizofrenia, em comparação a antidepressivos e antipsicóticos, e mais favorável à

leitura de autoajuda no caso de pessoas com esquizofrenia (JORM; KORTEN *et al.*, 1997).

5 Combate ao estigma relacionado às doenças psiquiátricas

O combate ao estigma tem sido uma grande preocupação da Associação Mundial de Psiquiatria (AMP), de associações psiquiátricas nacionais, de associações de pacientes com transtornos psiquiátricos e seus familiares e daqueles que lidam diretamente com essas pessoas. Por exemplo, em 1996, a AMP lançou um programa internacional para combater o estigma e discriminação, envolvendo mais de 20 países e cerca de 200 intervenções antiestigma (SARTORIUS; SCHULZE, 2005).

Apesar de o estigma abranger as doenças psiquiátricas em geral, a AMP privilegiou a esquizofrenia, paradigma de doença mental, na qual o estigma ocorre em maior intensidade. Uma pessoa com esse diagnóstico é comumente vista como perigosa, preguiçosa, incompetente para o trabalho, incapaz de ser um membro da família que preenche suas obrigações sociais. Em cada país, grupos envolvendo psiquiatras e outros profissionais da área da saúde mental, jornalistas, políticos, professores, pacientes e seus familiares foram formados para o desenvolvimento do programa. Esses grupos tiveram como objetivo a avaliação do estigma e discriminação na sociedade, a divulgação de conhecimentos sobre a doença, a reabilitação do paciente e diminuição do estigma e discriminação no ambiente imediato do paciente.

O programa da AMP identificou quatro áreas principais de atividade contra o estigma: 1. Relação com o público e trabalho com a mídia, envolvendo artigos em jornais e revistas, festivais, eventos, seminários, Internet e mídias sociais; 2. Intervenções nos serviços de saúde mental, promovendo maior comunicação com pacientes e familiares, investimento em cuidados ambulatoriais e preventivos, serviços localizados na comunidade e envolvimento de pacientes e familiares na avaliação dos serviços; 3. Apoio para pacientes e familiares com programas de treinamento para lidar com o estigma, empoderamento e competência social, maior informação sobre a doença e seu tratamento e criação de oportunidade de trabalho; 4. Educação e treinamento envolvendo escolas, psiquiatras, outras especialidades médicas, empregadores e profissionais da polícia e sistema legal.

Uma forma de combate ao estigma envolve a promulgação de leis específicas, como a *The Americans with Disabilities Act and Work Discrimination (ADA)*, lançada em 1990 nos Estados Unidos (U.S. Department of Justice, 2012) que abriu oportunidades significativas para pessoas com incapacidades. A ADA abrangeu a discriminação contra pessoas com incapacidades em praticamente todas as áreas da vida pública: emprego, transporte, comunicação e recreação. O impacto da lei envolvendo o trabalho foi rapidamente percebido, com mais de 17.000 ações nos primeiros 15 meses (CORRIGAN; LUNDIN, 2001). Em relação ao trabalho, a ADA não pretende desenvolver ações afirmativas ou quotas. A meta é garantir igual oportunidade para as pessoas com incapacidade, mas que podem exercer as funções essenciais de um trabalho qualificado, com ou sem alguma adaptação razoável.

Há extensa literatura disponível acerca do combate ao estigma relacionado às doenças mentais como livros, artigos e sites destinados a profissionais, pacientes e seus familiares que podem ser encontrados com facilidade na Internet (CORRIGAN; LUNDIN, 2001; WHO, 2003; CORRIGAN, 2005; SARTORIUS; SCHULZE, 2005; WAHL, 2006; ARBOLEDA-FLÓREZ; SARTORIUS, 2008). É fundamental que todos os atores envolvidos com a doença mental estudem e preocupem-se com o tema para que os pacientes possam ser aceitos e respeitados e serem membros participantes da sociedade.

Conclusão

O estigma relacionado à doença mental é pernicioso e gera preconceito e discriminação. Envolve a pessoa que sofre do transtorno psiquiátrico, seus familiares, a medicação e outras formas de tratamento, as instituições onde o tratamento é realizado e a equipe que trabalha nessas instituições. As consequências negativas do estigma influenciam as percepções internas, as emoções e as crenças da pessoa estigmatizada gerando o autoestigma, em que a pessoa adota uma conduta passiva, envergonhada e de autodesvalorização e deixa de desempenhar os seus papéis sociais. O estigma é o principal obstáculo para a recuperação e reabilitação, para uma melhor assistência psiquiátrica e para uma melhor qualidade de vida das pessoas que sofrem de transtorno mental, de seus familiares, da equipe que trata e cuida e da comunidade em torno do indivíduo. O estigma representa uma injustiça social que pode ser tão nefasta quanto a

própria doença. Apesar dos avanços no entendimento e tratamento das doenças psiquiátricas, há sinais de que o estigma continua a aumentar, com graves consequências para pacientes e suas famílias. O combate ao estigma é fundamental para que o indivíduo portador de doença mental possa ter oportunidade genuína de trabalho, possa viver de forma independente, possa perseguir suas metas e usufruir de oportunidades, com uma vida digna e plenamente inserida na sociedade.

Referências

ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. **Br J Psychiatry**, v. 186, p. 331-4, Apr 2005. ISSN 0007-1250 (Print)0007-1250 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15802691> >.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J. The rights of a powerless legion. In: ARBOLEDA-FLÓREZ, J. e SARTORIUS, N. (Ed.). **Understandign the Stigma of Mental Illness. Theory and Interventions**. England: John Wiley & Sons Ltd., 2008. p.1-17.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J.; SARTORIUS, N., Eds. **Understanding the stigma of mental illness. Theory and interventions**. England: John Wiley & Sons, Ltd., 1ed. 2008.

BLOOM, D. E. et al. **The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases**. World Economic Forum. Geneva. 2011.

CHOE, J. Y.; TEPLIN, L. A.; ABRAM, K. M. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. **Psychiatr Serv**, v. 59, n. 2, p. 153-64, Feb 2008. ISSN 1075-2730 (Print) 1075-2730 (Linking). Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18245157> >.

CORRIGAN, P. W., Ed. **On the stigma of mental illness. Practical strategies for research and social change**. Washington: American Psychological Association, 1 ed. 2005.

CORRIGAN, P. W.; LUNDIN, R. **Don't call me nuts. Coping with the stigma of mental illness**. Champaign, Illinois: Recovery Press, 2001.

EATON, W. W. et al. The Burden of Mental Disorders. **Epidemiologic Reviews**, v. 30, n. 1, p. 1-14, November 1, 2008 2008. Disponível em: <<http://epirev.oxfordjournals.org/content/30/1/1.abstract> >.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRACO, F. M. M. **Dicionário Houaiss Eletrônico da Língua Portuguesa**. HOUAISS, I. A. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2009.

JORM, A. F. et al. Helpfulness of interventions for mental disorders: beliefs of health professionals compared with the general public. **Br J Psychiatry**, v. 171, p. 233-7, Sep 1997. ISSN 0007-1250 (Print) 0007-1250 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9337975>>.

KESSLER, R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 593-602, Jun 2005. ISSN 0003-990X (Print) 0003-990X (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837>>.

KESSLER, R. C. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 617-27, Jun 2005. ISSN 0003-990X (Print) 0003-990X (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939839>>.

LAUBER, C.; CARLOS, N.; WULF, R. Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies. **Can J Psychiatry**, v. 50, n. 12, p. 745-52, Oct 2005. ISSN 0706-7437 (Print) 0706-7437 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16408522>>.

PELUSO, E. T.; BLAY, S. L. Public stigma and schizophrenia in Sao Paulo city. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 33, n. 2, p. 130-6, Jun 2011. ISSN 1809-452X (Electronic) 1516-4446 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21829905>>.

PESCOSOLIDO, B. A et al. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. **Am J Psychiatry**, v. 167, n. 11, p. 1321-30, Nov 2010. ISSN 1535-7228 (Electronic) 0002-953X (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20843872>>.

SARTORIUS, N.; SCHULZE, H. **Reducing the stigma of mental illness**. 1st. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

TEPLIN, L. A. et al. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. **Arch Gen Psychiatry**, v. 62, n. 8, p. 911-21, Aug 2005. ISSN 0003-990X (Print) 0003-990X (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16061769>>.

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE. Americans with Disabilities Act. USA, 2012. Disponível em: <<http://www.ada.gov/>>. Acesso em: 21.Oct.2012.

WAHL, O. F. **Media madness. Public images of mental illness**. 2nd. USA: Rutgers University Press, 2006.

WHO. **Investing in mental health**. WHO. Geneve: WHO 2003.

WHO WORLD MENTAL HEALTH SURVEY CONSORTIUM. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 291, n. 21, p. 2581-2590, 2004. ISSN 0098-7484. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>>.

Anexos

Prevalência de transtornos psiquiátricos no último ano e risco estimado aos 75 anos, EUA

| Transtornos Psiquiátricos | Prevalência (%) | Risco Estimado (%) |
|------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Transtornos de ansiedade | 18,1 | 31,5 |
| Transtornos de humor | 9,5 | 28,8 |
| Transtornos de controle de impulso | 8,9 | 25,4 |
| Transtornos relacionados ao uso de substância | 3,8 | 16,3 |
| Total | 26,2 | 50,8 |

Kessler, RC, Berglund, P, Demler, O, Jin, R, Merikangas, KR, Walters, EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593-602.

Kessler, RC, Chiu, WT, Demler, O, Merikangas, KR, Walters, EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):617-27.

Tabela 2. Mortalidade por todas as causas associada com transtornos mentais, comparada com a de uma amostra da população geral sem o transtorno

| Transtornos Psiquiátricos | Risco Relativo (%) | Interquartis (%) |
|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Transtornos de personalidade | 4,0 | 2,8–5,2 |
| Demência (idade > 60 anos) | 2,7 | 2,0–3,0 |
| Transtorno bipolar | 2,6 | 1,9–9,8 |
| Esquizofrenia | 2,6 | 1,9–3,6 |
| Abuso/dependência de drogas | 2,0 | 1,6–2,1 |
| Transtorno do pânico | 1,9 | 0,8–3,2 |

| | | |
|----------------------------------------|-----|---------|
| Abuso/dependência de álcool | 1,8 | 1,5–2,0 |
| Depressão maior | 1,7 | 1,3–2,2 |
| Transtorno obsessivo-compulsivo | 1,1 | 1,1–1,7 |

Eaton, WW, Martins, SS, Nestadt, G, Bienvenu, OJ, Clarke, D, Alexandre, P. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30(1):1-14.

Tabela 3. Incapacidade e custos associados com transtornos mentais

| Transtornos Psiquiátricos | Pesos da incapacidade no GBD* | % de incapacidade grave (SDS) no CPES[§] | Custo por ano em dólares EUA (bilhões) |
|----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Abuso/dependência de álcool | 0,16 | 14 | 226,0 |
| Abuso/dependência de drogas | 0,25 | 39 | 201,6 |
| Depressão maior | 0,35 | 58 | 97,3 |
| Demência (idade > 60 anos) | ND | ND | 76,0 |
| Esquizofrenia | 0,53 | ND | 70,0 |
| Fobia simples | ND | 19 | 11,0 |
| Fobia social | ND | 36 | 15,7 |
| Transtorno bipolar | 0,40 | 83 | 78,6 |
| Transtorno obsessivo-compulsivo | 0,13 | 47 | 10,6 |
| Transtorno do pânico | 0,17 | 47 | 30,4 |

*Peso de incapacidade no Fardo Global de Doenças (GBD - Global Burden of Disease)

[§]Percentagem com incapacidade acentuada ou extrema de acordo com a Escala de Incapacidade de Sheehan (SDS), como utilizado nos Levantamentos Epidemiológicos Colaborativos em Psiquiatria (CPES)

ND – não disponível

Eaton, WW, Martins, SS, Nestadt, G, Bienvenu, OJ, Clarke, D, Alexandre, P. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiologic Reviews*. 2008; 30(1):1-14.