

Em Portugal, cerca de 22% da população sofre de uma perturbação mental, uma das taxas mais elevadas da União Europeia (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Este dado coloca o país entre os que mais enfrentam o peso do sofrimento psíquico no espaço europeu. Apesar desta prevalência e de uma crescente consciencialização social, quem vive com uma doença mental continua a carregar um fardo invisível: o estigma. Genericamente, o estigma pode ser definido como um conjunto de atitudes negativas, preconceitos e discriminações dirigidos a alguém devido a uma característica socialmente desvalorizada (Goffman, 1990; Xavier et al., 2013). No campo da saúde mental, traduz-se num sofrimento psicológico acrescido, perda de oportunidades sociais e pior acesso aos cuidados gerais de saúde (Xavier et al., 2013). As consequências acumulam-se: o estigma acentua o isolamento, agrava os sintomas e compromete a funcionalidade e a qualidade de vida.

Em última análise, a doença mental e o estigma alimentam-se mutuamente num ciclo vicioso; quanto maior o preconceito, maior o silêncio, e quanto maior o silêncio, mais fundo se enraíza o estigma. Ainda hoje, o preconceito esconde-se em expressões quotidianas. Muitos continuam a associar a depressão à falta de força de vontade, a ansiedade ao dramatismo e a esquizofrenia à perigosidade. Frases como “anima-te”, “isso passa” ou “ele é maluco” ecoam em casa, nas escolas e nos locais de trabalho, normalizando o desprezo e a incompreensão. Estas microagressões simbólicas, embora subtis, consolidam o muro invisível entre o “normal” e o “doente”.

De acordo com a literatura (Subu et al., 2021; Tushe, 2025; Xavier et al., 2013), o estigma em saúde mental apresenta três faces interligadas: o auto-estigma, que corrói a identidade pessoal; o estigma social, que reflete o preconceito coletivo; e o estigma institucional e profissional, que se manifesta dentro dos próprios serviços de saúde. Cada uma reforça as restantes, formando um sistema de exclusão que atinge o indivíduo, a sociedade e as instituições. O estigma é, portanto, um dos maiores obstáculos à recuperação em saúde mental, enraizado na identidade pessoal, na cultura e no próprio sistema de cuidados. Reconhecê-lo é o primeiro passo para transformá-lo.

Auto-estigma: o inimigo interno

O auto-estigma representa talvez a forma mais silenciosa e destrutiva de discriminação em saúde mental. Quando o preconceito é internalizado, a pessoa passa a acreditar que é

“fraca”, “anormal” ou “culpada” pela sua condição. Estudos recentes identificam o auto-estigma como o principal mediador entre o estigma social e a qualidade de vida (Tushe, 2025). Este fardo emocional reduz a procura de ajuda, fragiliza a adesão terapêutica e limita a participação em atividades com significado. Com o tempo, instala-se um sentimento de desesperança, alimentando o ciclo entre deterioração psicológica e isolamento (Tushe, 2025; Xavier et al., 2013).

Apesar da sua gravidade, o auto-estigma é reversível. A psicoeducação, a empatia e as intervenções de capacitação pessoal demonstraram restaurar a auto-estima e reconfigurar a narrativa interna do doente (Tushe, 2025; Xavier et al., 2013). O contacto com pares que ultrapassaram desafios semelhantes (peer support) mostrou reduzir significativamente esta vergonha internalizada e aumentar a autoconfiança (Hankir et al., 2014).

Estigma social: o inimigo público

O estigma social é um espelho colectivo das crenças culturais e históricas sobre a saúde mental. É neste domínio que persistem mitos e distorções: “os esquizofrénicos são perigosos”, “os depressivos são preguiçosos”, “a doença mental é para quem é fraco de cabeça”. Embora amplamente refutados pela evidência científica (Rössler, 2016), estes estereótipos continuam a moldar a opinião social e o comportamento coletivo. Uma das formas mais subtis (mas poderosas) de perpetuar o estigma é a linguagem. Designar alguém como “bipolar” ou “esquizofrénico” é reduzir a pessoa à sua doença, apagando todas as outras dimensões da sua identidade. A linguagem centrada na pessoa (“pessoa com esquizofrenia” ou “pessoa com doença bipolar”) é mais do que uma questão semântica; é um ato de respeito e humanização, que recusa o rótulo e devolve dignidade ao sujeito.

Lamichhane (2023) demonstrou uma correlação inversa entre a literacia em saúde mental e o estigma: quanto maior o conhecimento, menor o preconceito e maior a procura de ajuda. A literacia em saúde mental é, assim, um pilar fundamental para a prevenção e mudança cultural. Contudo, a ignorância é alimentada por representações mediáticas sensacionalistas, que enfatizam o perigo e a violência. Investir em literacia não é apenas uma questão educativa, mas uma estratégia de saúde pública essencial para reduzir exclusão e desigualdade. Combater o estigma social é humanizar o discurso público sobre o sofrimento psíquico e devolver à doença mental o seu verdadeiro rosto: humano, comum e tratável.

Estigma profissional: o inimigo dos cuidados

Paradoxalmente, o estigma também habita dentro das instituições e dos próprios profissionais de saúde. O estigma profissional manifesta-se tanto nas atitudes individuais como na estrutura dos sistemas de cuidados.

Em primeiro lugar, observa-se o preconceito de profissionais em relação às pessoas com doença mental, frequentemente vistas como imprevisíveis ou “difíceis” (Knaak et al., 2017). Um inquérito da Canadian Psychiatric Association revelou que 79% dos médicos testemunharam discriminação de colegas contra doentes com perturbações mentais (Abbey et al., 2011). Em segundo lugar, persiste o estigma entre especialidades, onde psiquiatras e enfermeiros de saúde mental são, por vezes, percepcionados como “menos médicos” ou “menos científicos” (Knaak et al., 2017; Subu et al., 2021). Esta desvalorização simbólica alimenta o isolamento da psiquiatria e dificulta o recrutamento de novos profissionais. Por fim, Kamalzadeh et al., 2023, demonstraram que o estigma institucional é também arquitetónico e simbólico: muitos hospitais psiquiátricos continuam a ser edifícios periféricos, herdeiros de um modelo asilar que traduz, fisicamente, o afastamento social da doença mental.

A evidência mostra que formação contínua, contacto com pessoas com experiência pessoal de doença mental e apoio psicológico aos profissionais reduzem atitudes discriminatórias (Hankir et al., 2014; Knaak et al., 2017). Contudo, nenhuma mudança é sustentável sem investimento público e liderança institucional. Enquanto a saúde mental continuar a ocupar o último lugar nas prioridades orçamentais, qualquer transformação será meramente superficial.

Conclusão

O estigma em saúde mental tem múltiplas faces, mas um mesmo efeito: exclusão. Ele opera no interior da mente, nas relações sociais e nas próprias instituições que deveriam proteger. Combater o estigma não é apenas corrigir percepções, mas reconstruir a forma como compreendemos o sofrimento humano e o lugar da vulnerabilidade. A mudança começa na linguagem, consolida-se na educação e na empatia, e exige liderança ética e compromisso político. A verdadeira medida de um sistema de saúde não está apenas na sua capacidade de tratar, mas na sua vontade de cuidar sem preconceito e com humanidade.

Referências:

Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L., Gautam, M., & Pare, M. (2011). Stigma and Discrimination. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 56, 1-9.

<https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Stigma-2011-51-web-FIN-EN.pdf>

Goffman, E. (1990). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Penguin.

Hankir, A. K., Northall, A., & Zaman, R. (2014). Stigma and mental health challenges in medical students. *BMJ Case Reports*, 2014, bcr2014205226.

<https://doi.org/10.1136/bcr-2014-205226>

Kamalzadeh, L., de Filippis, R., El Hayek, S., Heidari Mokarar, M., Jatchavala, C., Koh, E. B. Y., Larnaout, A., Noor, I. M., Ojeahere, M. I., Orsolini, L., Pinto da Costa, M., Ransing, R., Sattari, M. A., & Shalbafan, M. (2023). Impact of stigma on the placement of mental health facilities: Insights from early career psychiatrists worldwide. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1307277.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1307277>

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare.

Healthcare Management Forum, 30(2), 111-116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Portugal: Country Health Profile 2023*. OECD. <https://doi.org/10.1787/069af7b1-en>

Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders. *EMBO Reports*, 17(9), 1250-1253.

<https://doi.org/10.15252/embr.201643041>

Subu, M. A., Wati, D. F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Abraham, M. S., Slewa-Younan, S., & Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: A qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>

Tushe, M. (2025). *The Impact of Stigma on the Quality of Life in Individuals with Mental Health Disorders* (No. 2025022217). Preprints.

<https://doi.org/10.20944/preprints202502.2217.v1>

Xavier, S., Klut, C., & Neto, A. (2013). *O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos?* 11. <http://hdl.handle.net/10400.10/1231>