



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Dissertação

Daniel Augusto Cirne Marques

Março de 2026

Do Estigma à Intervenção em Saúde Mental: Perspetivas de Enfermeiros e Evidência de uma Revisão Scoping

Daniel Augusto Cirne Marques

Dissertação

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2ª Edição

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Tânia Correia e
Professora Doutora Sofia Campos

Março de 2026

Índice

RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
LISTA DE TABELAS	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XIII
LISTA DE FIGURAS	XV
LISTA DE ABREVIATURAS	XVII
1. INTRODUÇÃO	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
2.1. Saúde mental e doença mental	23
2.2. Estigma: conceito e dimensões	24
2.3. Estigma associado à doença mental.....	28
2.4. Estigma nos cuidados de saúde	30
2.5. Papel da Enfermagem de Saúde Mental	32
3. PARTE I – ESTUDO QUALITATIVO	37
3.1. Metodologia	37
3.1.1. Tipo de estudo	37
3.1.2. Contexto do estudo	39
3.1.3. Participantes	39
3.1.4. Instrumento de colheita de dados	39
3.1.5. Procedimentos de recolha	41
3.2. Considerações éticas	40
3.3. Análise dos dados.	41
3.4. Resultados.....	44
3.4.1. Caracterização dos participantes	45
3.4.2. Resultados	46
3.4.3. Síntese interpretativa	48
3.5. Discussão dos resultados	55
4. PARTE II – SCOPING REVIEW	59
4.1. Metodologia	60
4.2. Questão de revisão.....	62
4.3. Critérios de inclusão e exclusão	63

4.4. Estratégia de pesquisa.	64
4.5. Seleção e triagem dos estudos (PRISMA-ScR).	65
4.6. Extração e análise dos dados.	68
4.7. Apresentação dos resultados.....	69
4.7.1. Caracterização dos estudos incluídos	69
4.7.2. Tipos de intervenções e programas	71
4.7.3. Evidência sobre eficácia e resultados	72
4.7.4. Lacunas na evidência	73
4.8. Discussão de resultados.....	75
5. ANÁLISE INTEGRADA DOS RESULTADOS	79
6. CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICES	91
APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	91
APÊNDICE II – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	93
APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO	95
APÊNDICE IV - CATEGORIAS DAS ENTREVISTAS COM EXCERTOS	97
APÊNDICE V - CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS	99
APÊNDICE VI - CARACTERÍSTICAS DAS INTERVENÇÕES	107
APÊNDICE VII - AVALIAÇÃO DO ESTIGMA E PRINCIPAIS RESULTADOS	119
APÊNDICE VIII - ASPETOS DE IMPLEMENTAÇÃO	141
ANEXOS	151
ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	151

Resumo

O estigma associado à doença mental constitui um fenómeno complexo que continua a influenciar negativamente a qualidade dos cuidados em saúde. No contexto da prática de enfermagem, este fenómeno manifesta-se através de atitudes, crenças e comportamentos que podem comprometer a relação terapêutica e a prestação de cuidados centrados na pessoa. A presente dissertação teve como objetivo explorar o estigma em saúde mental a partir da perspectiva dos enfermeiros e mapear intervenções dirigidas à sua redução em contexto profissional.

O estudo integrou duas componentes complementares. A Parte I consistiu num estudo qualitativo de natureza exploratória, baseado em entrevistas semiestruturadas realizadas a enfermeiros em exercício, analisadas através de análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram a influência da falta de formação específica, das representações sociais associadas à doença mental, da perceção de perigosidade e do contexto organizacional na construção do estigma, bem como a importância da empatia e da humanização nos cuidados.

A Parte II correspondeu a uma *scoping review* conduzida de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute, incluindo 35 estudos primários. Os resultados mostraram que intervenções educativas, especialmente quando combinadas com contacto social, apresentam maior potencial na redução do estigma, embora a sustentabilidade dos efeitos ao longo do tempo permaneça variável.

A análise integrada dos resultados permitiu compreender o estigma como um fenómeno multifatorial, influenciado por fatores formativos, relacionais e organizacionais. Os achados reforçam a necessidade de estratégias integradas que promovam a formação contínua, o contacto com a realidade da saúde mental e a transformação dos contextos de prática, contribuindo para cuidados mais humanizados e centrados na pessoa.

Palavras-chave: estigma; saúde mental; enfermagem; formação; análise qualitativa; *scoping review*.

Abstract

Mental health stigma remains a complex phenomenon that negatively impacts the quality of healthcare. In the context of nursing practice, stigma is reflected in attitudes, beliefs, and behaviours that may compromise the therapeutic relationship and person-centred care. This dissertation aimed to explore mental health stigma from the perspective of nurses and to map interventions designed to reduce stigma in professional healthcare settings.

The study comprised two complementary components. Part I consisted of an exploratory qualitative study based on semi-structured interviews with practicing nurses, analysed using content analysis. Findings highlighted the influence of insufficient training, social representations of mental illness, perceived dangerousness, and organizational factors in shaping stigma, as well as the importance of empathy and humanization in care.

Part II involved a *scoping review* conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology, including 35 primary studies. Results indicated that educational interventions, particularly those combined with social contact, show greater potential in reducing stigma, although the sustainability of their effects over time remains variable.

The integrated analysis of both components suggests that stigma is a multifactorial phenomenon influenced by educational, relational, and organizational factors. These findings underscore the need for integrated strategies that promote continuous training, meaningful contact with mental health contexts, and organizational change, contributing to more humanized and person-centred care.

Keywords: stigma; mental health; nursing; training; qualitative analysis; *scoping review*.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Resumo do processo analítico	44
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	45
Tabela 3 - Categorias e subcategorias identificadas nas entrevistas	46
Tabela 4 - Enquadramento segundo o método PCC	63

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Frequência total das categorias identificadas nas entrevistas	50
Gráfico 2 - Frequência das categorias e número de participantes por categoria.....	51
Gráfico 3 - Distribuição das categorias por entrevista.....	54

Lista de Figuras

Figura 1 - PRISMA ScR.....	66
-----------------------------------	-----------

Lista de Abreviaturas

AMIQ	Attitudes to Mental Illness Questionnaire
AQ-9	Attribution Questionnaire (9 items)
AQ-20	Attribution Questionnaire (20 items)
AQ-27	Attribution Questionnaire (27 items)
AwQ	Awareness Questionnaire
BAMHS	Semantic Differential Scale of Beliefs and Attitudes towards Mental Health Service users' rights
BMIAS	Brief Mental Illness Attitudes Scale
CAMI	Community Attitudes Towards Mental Illness
CBQ	Continuum Beliefs Questionnaire
DAQ	Depression Attitude Questionnaire
D-CO	Dementia Clinical Confidence Scale
DMISS	Day's Mental Illness Stigma Scale
D-NS	Dementia Negative Stereotype Scale
DP	Desvio padrão
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text revision)
EAPS-TM	Health Professionals' Attitudes Towards People with a Mental Disorder Diagnosis Scale
EC	Error Choice Test
ECTH-PS	Humane Treatment Behaviors in Health Care Personnel Scale
EEESMP	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
IAT	Implicit Association Task
ICD-11	International Classification of Diseases, 11th Revision
JBÍ	<i>Joanna Briggs Institute</i>
M	Média
MAKS	Mental Health Knowledge Schedule
máx	Máximo
MeSH	Medical Subject Headings

mhGAP	Mental Health Gap Action Programme
MIA	Mental Illness Attitude Scale
MICA	Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale
min	Mínimo
MISS	Mental Illness Stigma Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS-HC	Opening Minds Scale for Health Care Providers
PCC	Population, Concept, Context
PRISMA-ScR	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for <i>Scoping reviews</i>
RAS	Recovery Assessment Scale
RGPD	Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
RIBS	Reported and Intended Behaviour Scale
RSA-R	Recovery Self-Assessment, Revised
SDS	Social Distance Scale
SSCP	Stigma Scale towards Schizophrenia for Community Pharmacists

1. Introdução

O presente trabalho surge no âmbito da segunda edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu, tal como previsto no Regulamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Viseu. De acordo com o supracitado regulamento, este trabalho insere-se na categoria de dissertação, sendo definido como “um trabalho original de investigação científica na área da especialização (Regulamento n.º 1267/2023 Regulamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Viseu, 2023)”. A presente dissertação foi elaborada sob orientação da Professora Doutora Tânia Correia e da Professora Doutora Sofia Campos.

O interesse pelo tema do estigma associado às pessoas com doença mental por parte dos profissionais de saúde, surge no decurso da minha atividade profissional, enquanto enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ao deparar-me com situações em que, na minha opinião profissional, o tratamento às pessoas com doença mental não era equitativo, relativamente às pessoas que não eram portadoras de doença mental, na medida em que as suas queixas, principalmente físicas, não eram valorizadas.

A saúde mental constitui uma dimensão central do bem-estar individual e coletivo, influenciando a qualidade de vida, o funcionamento social e a capacidade de recuperação de indivíduos que experienciam perturbações mentais (Thornicroft et al., 2022). Apesar dos avanços no que respeita a diagnósticos e intervenções terapêuticas, o estigma associado à doença mental permanece um obstáculo significativo à acessibilidade, à qualidade dos cuidados e à reintegração social das pessoas afetadas (Sartorius, 2007; Thornicroft et al., 2022).

De acordo com a Presidência do Conselho de Ministros, as perturbações mentais são a principal causa de incapacidade em Portugal, que, a nível europeu, é o segundo país com maior prevalência de perturbações psiquiátricas, atingindo os 22,9% (Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, 2021). Ainda de acordo com a mesma fonte, a prestação de cuidados no âmbito da saúde mental deve ter como foco as pessoas “reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde” (Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, 2021, p. 104).

No contexto dos serviços de saúde, o estigma praticado por profissionais de saúde pode traduzir-se em atitudes e comportamentos que comprometem a relação terapêutica, geram barreiras ao acesso a cuidados integrados e contribuem para desigualdades na prestação de cuidados somáticos e psiquiátricos (Henderson et al., 2014). A evidência científica indica que, embora alguns profissionais de saúde com contacto frequente com pessoas com doença mental demonstrem atitudes mais favoráveis relativamente a direitos civis, o estigma profissional tende a persistir e não é necessariamente reduzido apenas pela prática clínica, sendo necessárias intervenções estruturadas e específicas para a sua mitigação (Henderson et al., 2014; Thornicroft et al., 2016, 2022).

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ocupa um lugar privilegiado na promoção de cuidados centrados na pessoa e na redução de práticas estigmatizantes. A formação, a cultura organizacional e as intervenções educativas dirigidas a profissionais constituem áreas-chave para a mitigação do estigma em contextos clínicos (Thornicroft et al., 2022). Além disso, revisões sistemáticas recentes indicam que intervenções educativas, em particular aquelas que combinam educação formal com contacto direto com pessoas com experiência de doença mental, estão associadas a melhorias significativas nas atitudes de profissionais de saúde relativamente à doença mental (Wong et al., 2024; Zhamaliyeva et al., 2025).

Neste contexto, os cuidados de enfermagem em saúde mental assumem especial relevância, na medida em que visam ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, promovendo a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2018).

No entanto, apesar da crescente produção científica sobre o tema, persistem lacunas relevantes: a caracterização detalhada das manifestações de estigma entre diferentes categorias profissionais de saúde, a avaliação da aplicabilidade de intervenções em contextos locais e a articulação entre evidência sistematizada e práticas institucionais. Estas lacunas justificam a realização de pesquisas que combinem métodos qualitativos — para explorar em profundidade perceções, atitudes e experiências dos profissionais — com uma *scoping review* que mapeie as intervenções e programas existentes e identifique pontos onde a evidência é escassa ou inconsistente. Para estruturar a revisão da literatura sobre intervenções de redução do estigma será seguido o *JBIM Manual for Evidence Synthesis* e o *JBIM Protocol Template for Scoping reviews* (Aromataris et al., 2024), de forma a garantir o rigor metodológico e a transparência no processo de seleção e síntese.

Deste modo, o propósito desta dissertação é analisar o estigma associado às pessoas com doença mental por parte dos profissionais de saúde, através de duas componentes complementares. A primeira corresponde a um estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas a enfermeiros, com o intuito de descrever e interpretar percepções e práticas relacionadas com o estigma. A segunda consiste numa *scoping review* intitulada “Intervenções implementadas para redução do estigma associado à saúde mental entre profissionais de saúde: uma *Scoping review*”, destinada a mapear e sintetizar intervenções descritas na literatura científica dirigidas a profissionais de saúde em geral. Esta abordagem combinada permite integrar conhecimento empírico local com um panorama amplo da evidência científica, aumentando a utilidade dos resultados para a prática de enfermagem e para a formulação de futuras intervenções destinadas à redução do estigma associado à saúde mental nos profissionais de saúde.

Assim, o objetivo geral deste trabalho é analisar o estigma associado a pessoas com doença mental por parte dos profissionais de saúde e mapear intervenções destinadas à sua redução, enquanto os objetivos específicos são: (a) explorar percepções e atitudes dos enfermeiros; (b) identificar manifestações de estigma nos discursos dos enfermeiros; (c) compreender impactos do estigma na prestação de cuidados; (d) mapear intervenções e programas descritos na literatura; (e) identificar lacunas que possam orientar futuras investigações.

A investigação desenvolvida nesta dissertação cumpre as exigências científicas estabelecidas pela Escola Superior de Saúde de Viseu para trabalhos de mestrado, visando simultaneamente gerar evidência com potencial impacto na prática profissional da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente na identificação de práticas estigmatizantes, na formulação de recomendações baseadas em evidência e na orientação de programas de formação contínua.

O presente trabalho está estruturado em introdução, o enquadramento teórico, a Parte I onde se desenvolve o estudo qualitativo, subdividido em metodologia, resultados e discussão a Parte II que compreende a *scoping review*, estruturada em metodologia, resultados e discussão. Após a *scoping review* surge a análise integrada, conclusão, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

2. Enquadramento teórico

O presente capítulo estabelece a articulação entre os conceitos de saúde mental e doença mental e o fenómeno do estigma, evidenciando a sua manifestação quer na experiência da pessoa com doença mental, quer no contexto dos cuidados de saúde. Analisa-se, igualmente, o impacto do estigma nas práticas dos profissionais de saúde e o papel da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na sua prevenção e redução.

2.1. Saúde mental e doença mental

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental pode ser definida como um estado de bem-estar mental, que possibilita aos indivíduos enfrentar as dificuldades do quotidiano, aprender e trabalhar de forma adequada e contribuir para a sua comunidade (World Health Organization, 2025). A saúde mental é considerada como um descritor em saúde, por parte da National Library of Medicine no Medical Subject Headings (MeSH), e é definida como “bem-estar emocional, psicológico e social de um indivíduo ou grupo” (United States National Library of Medicine, 2018).

Por outro lado, o conceito de doença mental, frequentemente designado na literatura como *mental illness*, quando pesquisado no MeSH, remete para o conceito de *mental disorders*, correspondente a perturbações mentais. *Mental disorders* é considerado um descritor em saúde, descrito no MeSH como “doença ou doenças psiquiátricas manifestadas por falhas no processo de adaptação, expressas principalmente como anomalias no pensamento, sentimento e comportamento, produzindo angústia ou comprometimento funcional” (United States National Library of Medicine, 2020).

Para além da definição operacional do MeSH, a OMS, na sua versão online do ICD-11 - International Classification of Diseases 11th Revision, conceptualiza as perturbações mentais como síndromes caracterizadas por alterações clinicamente significativas na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, que refletem uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (World Health Organization, 2025a). Ainda de acordo com a mesma fonte, estas perturbações encontram-se frequentemente associadas a sofrimento significativo ou a incapacidade nas atividades sociais, ocupacionais ou noutras áreas importantes da vida quotidiana (World Health Organization, 2025a), reforçando a sua relevância enquanto problema de saúde pública global.

De forma complementar, o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text revision) (DSM-5-TR) apresenta uma definição convergente, descrevendo perturbação mental como “uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental” (American Psychiatric Association, 2022, p. 14). O referido manual enfatiza ainda que estas perturbações estão geralmente associadas a sofrimento significativo ou a incapacidade no funcionamento social, profissional ou noutras áreas importantes, não devendo ser entendidas como respostas expectáveis ou culturalmente aprovadas a acontecimentos comuns da vida (American Psychiatric Association, 2022).

Importa salientar que, tanto a OMS como o DSM-5-TR sublinham a necessidade de distinguir a doença mental de reações emocionais transitórias ou de dificuldades adaptativas normativas. A presença de sofrimento psicológico, por si só, não é suficiente para o diagnóstico de uma perturbação mental, sendo essencial considerar critérios como a duração, a intensidade dos sintomas, o grau de comprometimento funcional e o contexto sociocultural do indivíduo (American Psychiatric Association, 2022; World Health Organization, 2025a).

Neste sentido, a doença mental deve ser compreendida como um fenómeno complexo e multifatorial, resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Esta perspetiva biopsicossocial contribui para uma compreensão mais abrangente das perturbações mentais e reforça a importância de abordagens integradas na sua prevenção, diagnóstico e tratamento, evitando reducionismos exclusivamente biomédicos ou moralizantes.

A distinção conceptual entre saúde mental e doença mental assume particular relevância no contexto do estigma, na medida em que interpretações redutoras ou inadequadas da doença mental podem influenciar negativamente as representações sociais associadas às pessoas com perturbação mental e favorecer processos de estigmatização. Neste sentido, a definição clara e cientificamente fundamentada destes conceitos constitui um elemento essencial para a promoção da literacia em saúde mental.

2.2. Estigma: conceito e dimensões

O primeiro passo para compreender o estigma consiste na análise do significado da própria palavra. Na língua portuguesa estigma tem várias definições, sendo as literais “1 - marca deixada por uma ferida; cicatriz; 2- marca infamante feita com ferro em brasa, aplicada antigamente a escravos e criminosos; ferrete; 3 - mancha ou sinal cutâneo” (Porto Editora, 2025a). Estas aceções não correspondem, contudo, ao sentido com que o conceito é

habitualmente utilizado no domínio social e da saúde. Nesse contexto, o verbo *estigmatizar* assume, entre os seus vários significados, um significado figurado, remetendo para ações como censurar, condenar, classificar negativamente ou marginalizar indivíduos ou grupos (Porto Editora, 2025b). Esta utilização, por sua vez, aproxima-se da definição figurada de estigma enquanto “perceção negativa associada a determinado comportamento, característica ou grupo” (Porto Editora, 2025a).

A OMS refere-se ao estigma social no contexto da saúde como uma “associação negativa entre uma pessoa ou grupo de pessoas que partilham certas características e uma doença específica” (World Health Organization, 2020). Esta definição destaca a dimensão relacional e social do estigma, sublinhando o seu impacto na forma como determinadas condições de saúde são percecionadas e tratadas socialmente.

No domínio da sociologia, a conceptualização do estigma encontra-se fortemente associada à obra de Erving Goffman. Este sociólogo canadiano do século XX, que orientou o seu trabalho científico na área da sociologia interpretativa e cultural (Porto Editora, 2025c), e publicou, em 1963, a obra *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, a qual se tornou uma referência central neste campo (Porto Editora, 2025d). Segundo Goffman (1963) o estigma constitui um atributo profundamente desacreditador que, no contexto da interação social, transforma o indivíduo, de alguém considerado socialmente “normal” para uma pessoa desacreditada e desvalorizada.

Goffman distingue diferentes formas de estigma de acordo com a natureza do atributo socialmente desvalorizado (Goffman, 1963). O estigma físico, designado como “abominations of the body”, refere-se a deformidades ou características corporais visíveis (Goffman, 1963, p. 5). O estigma de carácter, denominado “blemishes of individual character” está associado a atributos percebidos como falhas morais ou comportamentais, incluindo a presença de perturbação mental, antecedentes de reclusão, dependências, tentativas de suicídio ou outros comportamentos socialmente reprovados (Goffman, 1963, p. 5). Por fim, o estigma tribal relaciona-se com a pertença a determinados grupos definidos por critérios como raça, religião ou nacionalidade (Goffman, 1963).

Desde a contribuição fundacional de Goffman, a investigação sobre o estigma tem conhecido um crescimento significativo, desenvolvimentos conceptuais relevantes e a evidência consistente dos seus efeitos adversos em diversos domínios da vida social. A aplicação deste conceito estende-se a diferentes condições de saúde e contextos sociais, sendo igualmente mobilizado para analisar processos de discriminação e exclusão. Uma parte importante desta produção científica resulta de contributos da psicologia social, particularmente da perspetiva sociocognitiva proposta por Link & Phelan (2001), a qual

permitiu aprofundar a compreensão dos mecanismos envolvidos na formação de categorias sociais e na construção de estereótipos associados.

Neste contexto, a conceptualização do estigma proposta por Link & Phelan (2001) surge como resposta à falta de clareza conceptual e à tendência para abordagens excessivamente individualistas. Os autores defendem que o estigma não deve ser entendido como um atributo inerente ao indivíduo nem como um fenómeno exclusivamente psicológico, mas como um processo social complexo, resultante da convergência de vários mecanismos inter-relacionados que produzem consequências reais e duradouras na vida das pessoas afetadas.

Segundo esta perspetiva, o estigma manifesta-se quando cinco componentes fundamentais ocorrem de forma articulada em contextos marcados por relações assimétricas de poder: rotulagem, estereotipização, separação, perda de status e discriminação.

O processo inicia-se com a rotulagem de determinadas diferenças humanas, através da qual certas características são socialmente selecionadas, nomeadas e tornadas relevantes, enquanto outras permanecem irrelevantes. Estes rótulos são posteriormente associados a estereótipos negativos, que ligam os indivíduos rotulados a atributos indesejáveis e socialmente desvalorizados.

A associação entre rótulos e estereótipos favorece a separação simbólica entre “nós” e “eles”, reforçando fronteiras sociais e promovendo a perceção dos indivíduos estigmatizados como fundamentalmente diferentes do grupo dominante. Estes processos conduzem à perda de status social e, conseqüentemente, à discriminação, expressa tanto em interações interpessoais como em práticas institucionais e estruturais.

A discriminação resultante do estigma afeta múltiplos domínios da vida social, incluindo o acesso ao emprego, à habitação, aos cuidados de saúde e à participação social. Um elemento central desta conceptualização é o papel do poder, uma vez que, para Link & Phelan (2001), a estigmatização só ocorre plenamente quando os grupos que rotulam e estereotipizam dispõem de poder social, económico ou político suficiente para impor as suas definições da realidade e transformar diferenças simbólicas em desvantagens materiais. Na ausência destas assimetrias de poder, podem existir rótulos ou estereótipos, mas não estigma no sentido sociológico pleno.

Com base neste enquadramento, a literatura contemporânea distingue várias dimensões do estigma, entre as quais se destacam o estigma público, o estigma estrutural e o estigma internalizado, também referido como autoestigma. O estigma público refere-se às crenças, atitudes e comportamentos negativos partilhados pela sociedade em relação a pessoas com uma condição de saúde mental, incluindo estereótipos e atitudes

discriminatórias que condicionam a sua aceitação social (United States Centers for Disease Control and Prevention, 2025) O estigma estrutural diz respeito a práticas institucionais, normas culturais e políticas públicas que restringem oportunidades e recursos, produzindo desigualdades sistemáticas no acesso a direitos fundamentais, como o emprego, a educação e os cuidados de saúde (Hatzenbuehler, 2016). O estigma internalizado, por sua vez, ocorre quando as pessoas que experienciam estigma absorvem e aceitam as crenças sociais negativas, o que pode conduzir à diminuição da autoestima, da autoeficácia e da qualidade de vida, bem como à auto-descriminação, ao isolamento social e à redução da procura de ajuda (Corrigan & Rao, 2012). Estas dimensões interagem entre si, formando um quadro de estigmatização complexo e multifacetado.

A compreensão do estigma implica, igualmente, clarificar a relação entre estereótipos, preconceito e discriminação. Estes três conceitos são frequentemente invocados no âmbito da psicologia social e da saúde mental. Os estereótipos são crenças socialmente partilhadas sobre as características de grupos de pessoas; no caso da doença mental, estereótipos negativos podem incluir ideias de fragilidade, periculosidade ou incapacidade, que funcionam como simplificações cognitivas da realidade social (Corrigan & Watson, 2002). A partir desses estereótipos desenvolvem-se atitudes de preconceito, que abrangem avaliações afetivas negativas, tais como medo, desconfiança ou desaprovação emocional em relação às pessoas estigmatizadas. Estas respostas emocionais tendem a reforçar a distância psicológica entre quem pertence ao grupo estigmatizado e a população em geral, produzindo uma base afetiva para comportamentos discriminatórios posteriores (Corrigan & Watson, 2002). A discriminação representa a expressão comportamental das atitudes estereotipadas e preconceituosas. Pode manifestar-se de forma explícita, através de ações deliberadas de exclusão ou negação de oportunidades, ou de forma mais subtil, através de práticas institucionais ou normas sociais que marginalizam certos grupos de forma sistemática. A literatura de saúde pública reconhece que a discriminação, quando institucionalizada, constitui um elemento central do estigma estrutural, com impacto na qualidade de vida e no acesso a serviços essenciais (Hatzenbuehler, 2016; United States Centers for Disease Control and Prevention, 2025)

Portanto, estereótipos, preconceito e discriminação não devem ser vistos como fenómenos independentes, mas como componentes interligados de um processo social mais amplo, em que crenças cognitivas e avaliações afetivas se traduzem em práticas que podem limitar o pleno reconhecimento dos direitos e oportunidades das pessoas com doença mental, o que contribui para a exclusão social.

Em síntese, a conceptualização do estigma proposta por Link e Phelan, ao integrar dimensões simbólicas, relacionais e estruturais complementa e aprofunda a perspetiva

clássica de Goffman. Enquanto Goffman analisa o estigma sobretudo ao nível da interação social e da experiência subjetiva da identidade descreditada, Link e Phelan deslocam o foco analítico para os processos sociais e institucionais que produzem e sustentam a estigmatização, enfatizando o papel central do poder e da discriminação estrutural. A articulação destas duas abordagens oferece, assim, um enquadramento teórico abrangente para o estudo do estigma, particularmente relevante no campo da saúde mental, ao permitir compreender simultaneamente a vivência individual da estigmatização e os mecanismos sociais mais amplos que a perpetuam.

Estas dimensões serão mobilizadas na análise dos resultados empíricos, permitindo interpretar as manifestações de estigma observadas na Parte I e na Parte II.

2.3. Estigma associado à doença mental

O estigma associado à doença mental encontra-se profundamente enraizado em concepções históricas, culturais e sociais que moldaram, ao longo do tempo, a forma como a perturbação mental foi compreendida e tratada. Em diferentes períodos históricos, a doença mental foi frequentemente interpretada à luz de explicações sobrenaturais ou morais, sendo associada a possessão demoníaca, punição divina ou falha de carácter. Estas interpretações contribuíram para práticas de exclusão, segregação social e violência simbólica ou física dirigidas às pessoas com experiência de doença mental (World Health Organization, 2021).

Com o desenvolvimento da medicina moderna e da psiquiatria, particularmente a partir do século XIX, a doença mental passou progressivamente a ser enquadrada num modelo biomédico. Embora esta mudança tenha permitido avanços relevantes no diagnóstico e tratamento, esteve também associada a processos de institucionalização prolongada e à separação das pessoas com doença mental da vida comunitária. A permanência em instituições psiquiátricas reforçou representações sociais de perigosidade, imprevisibilidade e incapacidade, contribuindo para a consolidação de estereótipos negativos que persistem até à atualidade (Thornicroft et al., 2016).

Nas últimas décadas, a transição para modelos comunitários de cuidados em saúde mental e a crescente valorização dos direitos humanos têm promovido uma reconfiguração do discurso dominante sobre a doença mental. Contudo, apesar destes avanços, o estigma mantém-se como um fenómeno persistente e transversal a diferentes contextos socioculturais, refletindo a coexistência de abordagens científicas contemporâneas com crenças sociais historicamente enraizadas (World Health Organization, 2022).

As representações sociais da doença mental desempenham um papel central na construção e perpetuação do estigma. Estas representações correspondem a conjuntos de

crenças, imagens e significados partilhados socialmente, que orientam a forma como a doença mental é interpretada e como as pessoas com experiência de doença mental são percebidas e tratadas nos diferentes contextos sociais (Jorm, 2012).

De forma recorrente, a doença mental é associada, no senso comum, a ideias de perigosidade, imprevisibilidade, incapacidade funcional e fraqueza moral. Os meios de comunicação social têm sido identificados como agentes relevantes na construção e disseminação destas representações, frequentemente através de narrativas que estabelecem uma associação entre doença mental e comportamentos violentos ou desviantes. Estas representações contribuem para o medo, para o distanciamento social e para a legitimação de atitudes discriminatórias (Stuart, 2016).

Apesar do aumento da literacia em saúde mental em alguns contextos, a evidência científica sugere que o conhecimento biomédico, por si só, não é suficiente para reduzir o estigma. Em alguns casos, explicações exclusivamente biológicas da doença mental podem reforçar percepções de cronicidade, diferença irreversível e determinismo, contribuindo para o aumento da distância social (Kvaale et al., 2013).

Assim, as representações sociais da doença mental resultam de uma interação complexa entre conhecimento científico, experiências pessoais, valores culturais e discursos mediáticos.

O estigma associado à doença mental tem consequências significativas e multidimensionais para as pessoas que vivem com estas condições, afetando a sua funcionalidade e o seu bem-estar psicológico e social. Uma das consequências mais relevantes advém do estigma internalizado, através do qual os indivíduos incorporam crenças sociais negativas sobre a doença mental e sobre si próprios, conduzindo a sentimentos de vergonha, desvalorização pessoal e perda de esperança (Corrigan & Rao, 2012).

O estigma internalizado encontra-se associado a efeitos adversos como a diminuição da autoestima e da autoeficácia, o isolamento social e a redução da participação em atividades significativas. Para além disso, o estigma constitui uma barreira importante à procura de ajuda e ao acesso aos cuidados de saúde mental, uma vez que o receio de discriminação, rotulagem ou rejeição social pode atrasar ou impedir o contacto com os serviços de saúde (Thornicroft et al., 2016).

Para além das consequências ao nível individual, o estigma associado à doença mental produz efeitos estruturais que condicionam o acesso ao emprego, à habitação, à educação e à participação social. A discriminação nestes domínios limita as oportunidades de recuperação e inclusão, contribuindo para a perpetuação de ciclos de exclusão e desigualdade social (Hatzenbuehler, 2016).

Deste modo, o estigma não deve ser compreendido apenas como uma experiência subjetiva, mas como um fator social determinante que influencia de forma significativa as oportunidades de vida das pessoas com doença mental.

Em síntese, o estigma associado à doença mental é um fenómeno historicamente construído, sustentado por representações sociais persistentes e produtor de consequências relevantes ao nível individual e estrutural. A sua compreensão exige uma abordagem integrada que considere simultaneamente a evolução histórica das concepções sobre a doença mental, os processos sociais de construção do significado e os impactos do estigma na vida das pessoas afetadas. Este enquadramento constitui uma base fundamental para a análise do estigma nos cuidados de saúde e para a reflexão sobre estratégias profissionais orientadas para a sua redução.

Este enquadramento sustenta a análise qualitativa desenvolvida na Parte I, centrada nas perceções e práticas dos enfermeiros.

2.4. Estigma nos cuidados de saúde

A evidência científica tem demonstrado de forma consistente que o estigma associado à doença mental não se limita à população em geral, manifestando-se também no contexto dos cuidados de saúde, incluindo entre profissionais de saúde. Estudos realizados em diferentes países indicam que crenças estereotipadas, atitudes negativas e expectativas de incapacidade ou perigosidade relativamente às pessoas com doença mental podem estar presentes entre profissionais de saúde, influenciando a qualidade das interações clínicas e as decisões terapêuticas (Thornicroft et al., 2016).

A literatura sugere que, embora os profissionais de saúde possuam maior conhecimento técnico sobre as perturbações mentais, esse conhecimento não é, por si só, suficiente para eliminar atitudes estigmatizantes. Pelo contrário, em alguns casos, a formação predominantemente biomédica pode reforçar perceções de cronicidade, diferença e incapacidade, contribuindo para uma visão reducionista da pessoa com doença mental (Henderson et al., 2014). Este fenómeno tem sido descrito tanto em profissionais de cuidados de saúde gerais como em contextos especializados.

De acordo com a OMS estigma nos serviços de saúde constitui um obstáculo significativo à prestação de cuidados adequados em saúde mental, salientando que atitudes negativas por parte dos profissionais podem resultar em práticas discriminatórias, menor envolvimento da pessoa no processo terapêutico e piores resultados em saúde (World Health Organization, 2022). Assim, o estigma nos cuidados de saúde deve ser compreendido como um fenómeno que opera simultaneamente ao nível individual, interpessoal e institucional.

O estigma presente nos cuidados de saúde tem implicações diretas na relação terapêutica estabelecida entre profissionais de saúde e pessoas com doença mental. Atitudes estigmatizantes podem manifestar-se através de comportamentos subtis, como comunicação menos empática, menor tempo dedicado à escuta, desvalorização das queixas ou tendência para atribuir sintomas físicos exclusivamente à condição mental, fenómeno conhecido como *diagnostic overshadowing* (Jones et al., 2008).

Estas práticas comprometem princípios fundamentais da relação terapêutica, como a confiança, o respeito e a colaboração, podendo levar a sentimentos de desvalorização, desconfiança e retraimento por parte da pessoa com doença mental. A literatura indica que experiências negativas nos serviços de saúde estão associadas a menor adesão ao tratamento, abandono precoce do seguimento clínico e diminuição da satisfação com os cuidados recebidos (Clement et al., 2015).

Em suma, a literatura evidencia que o estigma associado à doença mental produz impactos que se estendem para além da esfera individual. O estigma na relação terapêutica pode reforçar o estigma internalizado, agravando o sofrimento psicológico e comprometendo os processos de recuperação. Deste modo, a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde assume um papel central na experiência de cuidado e na promoção de resultados positivos em saúde mental.

O estigma nos cuidados de saúde constitui igualmente uma barreira significativa à acessibilidade e à qualidade dos cuidados em saúde mental. O receio de ser rotulado, julgado ou tratado de forma discriminatória leva muitas pessoas com doença mental a adiar ou evitar a procura de cuidados, contribuindo para o agravamento dos sintomas e para a cronicidade das perturbações (Clement et al., 2015).

Ao nível estrutural, o estigma pode influenciar a organização dos serviços, a alocação de recursos e a definição de prioridades em saúde, resultando em subfinanciamento da saúde mental, fragmentação dos cuidados e menor integração entre serviços de saúde física e mental. Estas limitações afetam de forma desproporcional as pessoas com doença mental, reforçando desigualdades no acesso e na continuidade dos cuidados (Hatzenbuehler, 2016).

A OMS sublinha que a redução do estigma nos serviços de saúde é um elemento central para garantir cuidados acessíveis, equitativos e centrados na pessoa, sendo necessária a implementação de estratégias que promovam mudanças ao nível das atitudes profissionais, das práticas clínicas e das estruturas organizacionais (World Health Organization, 2022). Neste sentido, o reconhecimento do estigma como uma barreira sistémica constitui um passo fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental.

De forma integrada, o estigma nos cuidados de saúde manifesta-se através de atitudes, práticas e questões estruturais, das organizações de saúde, que comprometem a relação terapêutica, limitam o acesso aos cuidados e afetam negativamente a qualidade da intervenção em saúde mental. A evidência científica demonstra que o estigma entre profissionais de saúde constitui um desafio relevante, com implicações diretas na experiência das pessoas com doença mental e nos resultados em saúde. A compreensão deste fenómeno é essencial para fundamentar estratégias profissionais e organizacionais orientadas para a promoção de cuidados de saúde mental equitativos, humanizados, centrados na pessoa e para a redução do estigma.

Persistem, contudo, lacunas quanto à forma como estas atitudes se expressam em contextos específicos de prática e quanto às estratégias mais adequadas para a sua redução, o que justifica a presente investigação.

2.5. Papel da Enfermagem de Saúde Mental

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, enquanto área especializada da prática de enfermagem orientada para a promoção da saúde mental, prevenção da doença, tratamento e recuperação psicossocial, integra uma intervenção diferenciada ao longo do continuum saúde–doença–recuperação (Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2018). Neste âmbito, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental reconhecem igualmente o papel desta especialidade na prevenção e redução do estigma e da exclusão social associados à doença mental, enquadrando estas dimensões como critérios estruturantes da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2015).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) detém competências específicas que lhe permitem compreender os processos de sofrimento psíquico, alteração e perturbação mental, bem como as suas implicações no projeto de vida da pessoa (Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2018). Segundo a mesma fonte, estas competências incluem a valorização do potencial de recuperação e a integração de fatores contextuais individuais, familiares e comunitários na avaliação e planeamento dos cuidados, promovendo uma abordagem holística e centrada na pessoa. Esta perspetiva contribui para a desconstrução de visões redutoras ou estigmatizantes que associam a pessoa exclusivamente à sua condição clínica, sendo igualmente reforçada pelo

Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A prática clínica do EEESMP caracteriza-se pela excelência relacional, pela mobilização consciente de si próprio como instrumento terapêutico e pela utilização de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais ao longo do processo de cuidar (Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2018). Por sua vez, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental identificam a relação terapêutica como uma dimensão nuclear da qualidade dos cuidados em saúde mental, salientando que esta deve assentar no autoconhecimento do enfermeiro, na gestão das atitudes e emoções presentes na relação e na adaptação das intervenções às necessidades singulares da pessoa (Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2015). Ainda de acordo com o referido regulamento, a qualidade da relação terapêutica assume particular relevância na redução do estigma, na medida em que experiências de cuidado baseadas no respeito, empatia e parceria promovem dignidade, reconhecimento e confiança.

No domínio específico da redução do estigma e da promoção da inclusão social, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental estabelecem que o enfermeiro especialista desenvolve processos intencionais orientados para o combate à estigmatização e à exclusão social das pessoas com experiência de doença mental (Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2015). Segundo a mesma fonte, esta intervenção inclui a capacitação da família e da comunidade para o respeito, aceitação e integração da diferença, bem como a mobilização de recursos individuais, familiares e comunitários que favoreçam a participação social e o exercício da cidadania.

A intervenção do enfermeiro especialista encontra-se ancorada em princípios éticos e deontológicos que orientam a prática profissional e a tomada de decisão clínica em saúde mental (Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2015). Ainda de acordo com o referido documento, o respeito pela dignidade, valores, crenças, capacidades e vulnerabilidades da pessoa constitui um critério essencial da qualidade dos cuidados especializados de enfermagem, orientando relações terapêuticas baseadas na confiança, parceria e corresponsabilização. No contexto da saúde mental, estes princípios assumem particular relevância face ao risco de práticas coercivas, paternalistas ou potencialmente estigmatizantes. A qualidade ética da intervenção do EEESMP implica a prevenção da reprodução de estigma através de atitudes, linguagem ou decisões organizacionais que

possam reforçar processos de exclusão social (Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2015). Decorrente destes princípios, a responsabilização profissional e a melhoria contínua da qualidade assumem-se como estratégias fundamentais para a promoção de cuidados equitativos, humanizados e não discriminatórios.

As intervenções de enfermagem em saúde mental orientadas para a redução do estigma devem assentar numa abordagem centrada na pessoa, no respeito pela autonomia e na valorização da participação ativa no processo terapêutico (Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2015). Segundo o mesmo regulamento, o estigma e a exclusão social constituem uma das categorias nucleares da qualidade do exercício profissional em Enfermagem de Saúde Mental, sendo atribuída ao enfermeiro especialista responsabilidade direta no desenvolvimento de estratégias promotoras de inclusão social. Entre estas estratégias incluem-se a promoção da literacia em saúde mental, o reforço das redes de suporte social e a facilitação do acesso a recursos comunitários.

Neste sentido, o EEESMP implementa intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais e psicossociais que visam aumentar o *insight*, fortalecer competências pessoais e sociais, promover a autoestima, a autonomia e a adaptação às transições associadas à doença mental (Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2018). Estas intervenções contribuem para a redução do estigma internalizado e para o desenvolvimento de processos de recuperação orientados para a qualidade de vida e a participação social. De acordo com os Padrões de Qualidade e com o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a continuidade de cuidados e a articulação entre contextos institucionais e comunitários constituem fatores protetores contra a exclusão social e o agravamento do estigma (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2015).

Em suma, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sustentada no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, assume um papel determinante na redução do estigma associado à doença mental. Ao intervir de forma integrada nos níveis individual, relacional, organizacional e comunitário, o enfermeiro especialista contribui para a promoção de cuidados equitativos, humanizados e centrados na pessoa, reforçando a inclusão social, os processos de recuperação e o reconhecimento pleno da dignidade e dos direitos das pessoas com experiência de doença mental.

Neste enquadramento, a presente investigação qualitativa procura compreender de que forma estes princípios se refletem, ou não, na prática quotidiana dos enfermeiros.

3. Parte I – Estudo qualitativo

A Parte I da presente dissertação corresponde à componente empírica do estudo e tem como finalidade explorar o estigma associado às pessoas com doença mental a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros. Através de uma abordagem qualitativa, pretende-se compreender percepções, atitudes, comportamentos e práticas profissionais relacionadas com o estigma em saúde mental, contribuindo para uma leitura aprofundada do fenómeno no contexto da prestação de cuidados. Esta componente empírica constitui a base interpretativa que será posteriormente articulada com a síntese da evidência científica apresentada na Parte II da dissertação.

3.1. Metodologia

Com vista à concretização dos objetivos delineados, o presente capítulo descreve a abordagem metodológica adotada no estudo qualitativo, bem como as opções que orientaram o seu desenho e operacionalização. São apresentados o tipo de estudo, o contexto e os participantes, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de recolha e as considerações éticas que orientaram o desenvolvimento da investigação. A explicitação destas opções metodológicas visa assegurar a coerência entre os objetivos do estudo e os procedimentos adotados.

3.1.1. Tipo de estudo

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória, adequada à análise aprofundada de fenómenos complexos e multidimensionais, como o estigma associado às pessoas com doença mental no contexto da prática profissional dos enfermeiros. A investigação qualitativa pode ser definida como o estudo da natureza dos fenómenos, sendo particularmente apropriada para responder a questões relacionadas com as razões pelas quais determinados fenómenos são observados ou não observados e para analisar processos e contextos complexos (Busetto et al., 2020).

Uma das principais potencialidades da investigação qualitativa reside na sua capacidade de explicar processos e padrões de comportamento humano que podem ser difíceis de quantificar ou captar através de métodos exclusivamente quantitativos. Fenómenos como experiências, atitudes e comportamentos são frequentemente complexos e

dependentes do contexto em que ocorrem, sendo por isso mais adequadamente compreendidos quando os próprios participantes têm oportunidade de descrever e interpretar as suas vivências, pensamentos e sentimentos relacionados com determinada situação ou evento de interesse (Tenny et al., 2022).

Neste sentido, a abordagem qualitativa revela-se particularmente adequada para explorar fenómenos que envolvem múltiplos fatores interdependentes, permitindo compreender não apenas se determinadas atitudes ou comportamentos ocorrem, mas também para quem, em que circunstâncias, como e por que motivo se manifestam em contextos específicos (Busetto et al., 2020).

Assim, a escolha de um desenho exploratório justifica-se pela necessidade de aprofundar a compreensão das perceções, atitudes e práticas dos enfermeiros relativamente ao estigma associado à doença mental no contexto da prestação de cuidados.

Para a recolha de dados recorreu-se à entrevista semiestruturada, técnica amplamente utilizada em investigação qualitativa por permitir explorar perceções e experiências individuais mantendo simultaneamente uma estrutura orientadora para a condução da entrevista (Busetto et al., 2020). As entrevistas semiestruturadas caracterizam-se pela utilização de questões abertas organizadas num guião temático que orienta a exploração de tópicos relevantes para o fenómeno em estudo, permitindo simultaneamente flexibilidade na condução da entrevista e aprofundamento das respostas dos participantes (Jamshed, 2014).

Relativamente à seleção dos participantes, foi utilizada uma amostragem não probabilística por conveniência, com aplicação de critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. A amostragem por conveniência corresponde à seleção de participantes que se encontram facilmente disponíveis ou acessíveis ao investigador (Moser & Korstjens, 2017). A opção por este tipo de amostragem foi também condicionada por fatores de natureza prática, nomeadamente limitações temporais associadas ao desenvolvimento da investigação e pelo facto de o investigador, no momento da recolha de dados, se encontrar a residir e a exercer atividade profissional em cidades diferentes e geograficamente distantes. Neste sentido, um dos critérios de inclusão definidos consistiu no exercício de funções na área geográfica previamente estabelecida para a realização do estudo.

A definição de critérios de inclusão e exclusão permitiu garantir que os participantes possuíam experiência profissional relevante para refletir sobre a prestação de cuidados a pessoas com doença mental, assegurando a pertinência das informações recolhidas para a compreensão do fenómeno em estudo. Na investigação qualitativa, a seleção dos participantes não é realizada de forma aleatória, sendo frequentemente orientada pela

capacidade de os participantes fornecerem informação relevante sobre o fenómeno em análise (Moser & Korstjens, 2017).

3.1.2. Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido na região norte de Portugal, concretamente nas cidades de Vila Real e Porto, em contextos que permitiram a realização das entrevistas em condições de privacidade e conforto para os participantes. As entrevistas decorreram em local público previamente acordado ou em formato online, através de videoconferência, de acordo com a disponibilidade e preferência dos enfermeiros participantes.

A realização das entrevistas fora do horário laboral visou assegurar a voluntariedade da participação e minimizar a influência do contexto institucional na expressão das perceções e experiências profissionais, favorecendo um ambiente propício à reflexão e ao discurso livre sobre o fenómeno em estudo.

3.1.3. Participantes

A população do estudo é constituída por enfermeiros com inscrição ativa na Ordem dos Enfermeiros, a exercer funções, no momento da recolha de dados, na região norte de Portugal. Foram definidos como critérios de inclusão o exercício profissional em qualquer serviço ou área de cuidados, uma experiência mínima de dois anos e o exercício de funções na região geográfica definida.

Constituem critérios de exclusão a recusa em participar no estudo e uma experiência profissional inferior a dois anos. O critério mínimo de experiência foi definido com o objetivo de assegurar contacto profissional suficiente com situações clinicamente relevantes e experiência adequada para a reflexão sobre o fenómeno em estudo. Em investigação qualitativa, a suficiência do *corpus* foi considerada com base na riqueza informacional dos dados recolhidos e na sua adequação aos objetivos da investigação.

Estes critérios visam assegurar que os participantes dispõem de experiência suficiente para refletir criticamente sobre as suas práticas e perceções no contacto com pessoas com doença mental, em consonância com os objetivos do estudo.

3.1.4. Instrumento de colheita de dados

A recolha de dados foi realizada através de um inquérito sociodemográfico e de uma entrevista semiestruturada. O inquérito sociodemográfico, apresentado no Apêndice I, tem

como objetivo caracterizar os participantes em termos de variáveis sociodemográficas e profissionais relevantes, permitindo contextualizar os discursos recolhidos sem comprometer o anonimato dos participantes.

A entrevista semiestruturada foi elaborada com base nos objetivos do estudo e organizada em eixos temáticos que refletem as diferentes dimensões do estigma em saúde mental, nomeadamente estereótipos, preconceitos e comportamentos discriminatórios, bem como fatores que influenciam o seu desenvolvimento e estratégias para a sua redução. As questões orientadoras permitem explorar percepções, emoções, atitudes e práticas dos enfermeiros face às pessoas com doença mental, assegurando simultaneamente flexibilidade na condução da entrevista e comparabilidade dos dados recolhidos.

As entrevistas foram designadas alfabeticamente de A a F, correspondendo cada uma delas a um dos seis participantes. Foi igualmente utilizada uma codificação alfanumérica para associar as entrevistas aos respetivos consentimentos informados, sendo o código de correspondência do exclusivo conhecimento do investigador. Este procedimento visou assegurar o tratamento e a análise dos dados sem comprometer o anonimato dos participantes.

3.2. Considerações éticas

O estudo respeitou os princípios éticos fundamentais da investigação em saúde, nomeadamente a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça. A participação foi voluntária e precedida da obtenção de consentimento informado livre e esclarecido, sendo assegurada aos participantes a possibilidade de desistir do estudo em qualquer momento, sem qualquer consequência negativa.

Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos do estudo, o carácter voluntário da participação, a confidencialidade dos dados e o direito de desistência, mediante assinatura do consentimento informado apresentado no Apêndice III.

A confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos foram assegurados através da atribuição de códigos alfanuméricos aos participantes, não tendo sido recolhidos dados pessoais identificativos. O acesso aos dados foi restrito aos investigadores envolvidos no estudo, encontrando-se estes armazenados em suportes digitais protegidos por palavra-passe ou em plataformas institucionais seguras.

No processo de análise qualitativa foi utilizado o *software* AIQDA®, uma plataforma externa de análise assistida por inteligência artificial, acedida através de conta individual protegida por credenciais de autenticação. A utilização da plataforma respeitou princípios de

confidencialidade e proteção de dados, tendo sido assegurada a anonimização prévia das transcrições e a não inclusão de elementos identificativos dos participantes. O acesso aos dados manteve-se restrito ao investigador e às orientadoras, em conformidade com os princípios gerais de proteção de dados e segurança da informação descritos na literatura e enquadrados pelo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD)

Os dados foram conservados apenas pelo período necessário à realização da análise, elaboração da dissertação e eventual divulgação científica, sendo posteriormente destruídos de forma segura e irreversível. Considera-se que os benefícios potenciais do estudo superam claramente os riscos associados, os quais são mínimos e limitados a eventual desconforto emocional decorrente da reflexão sobre experiências profissionais, estando salvaguardadas todas as condições para a proteção da dignidade e do bem-estar dos participantes.

As transcrições integrais das entrevistas não foram incluídas nos apêndices da presente dissertação, por razões de confidencialidade e proteção de dados dos participantes, procurando minimizar o risco de identificação indireta dos entrevistados. Contudo, os dados originais poderão ser disponibilizados para consulta mediante pedido devidamente fundamentado e sujeito a apreciação ética, salvaguardando-se sempre os princípios de anonimato, confidencialidade e proteção dos participantes.

O presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética competente, tendo sido iniciado apenas após a obtenção de parecer favorável, conforme apresentado no Anexo I.

3.2.1. Procedimentos de recolha

A participação no estudo envolveu o preenchimento do questionário sociodemográfico e a realização de uma entrevista semiestruturada, com duração aproximada de 40 minutos, realizada em formato presencial ou à distância, conforme acordado com cada participante.

Foi ainda aplicado um questionário sociodemográfico com o objetivo de caracterizar os participantes, conforme o Apêndice I.

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas, orientadas por um guião previamente elaborado e apresentado no Apêndice II.

Antes do início da entrevista, foi prestada informação clara e adequada sobre os objetivos do estudo, os procedimentos de recolha de dados e as condições de participação, nomeadamente o carácter voluntário da participação, a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados e o direito de recusar responder a qualquer questão ou de interromper

a entrevista em qualquer momento, sem necessidade de justificação e sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

Mediante a obtenção de consentimento informado livre e esclarecido, presente no Apêndice III, as entrevistas foram gravadas em áudio exclusivamente para efeitos de transcrição e análise científica.

As entrevistas foram gravadas em formato áudio, posteriormente transcritas na íntegra e anonimizadas. Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas. Considerou-se atingida a saturação dos dados, uma vez que, a partir da quinta entrevista, não emergiram novas categorias relevantes para os objetivos do estudo.

3.3. Análise dos dados.

A análise dos dados foi realizada com base na metodologia de análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2011), adequada à interpretação de dados qualitativos provenientes de entrevistas semiestruturadas e à identificação de padrões de significado nos discursos dos participantes. A análise de conteúdo constitui um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2011; Mendes et al., 2017).

Na fase de pré-análise, foram consideradas as regras metodológicas propostas por Bardin, nomeadamente a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência, conforme descritas por Mendes et al. (2017). A regra da exaustividade foi garantida através da inclusão de todo o material empírico recolhido, assegurando que todas as entrevistas fossem integralmente analisadas. No que respeita à representatividade, considerou-se que o *corpus* reunia características adequadas aos objetivos do estudo qualitativo desenvolvido. Relativamente à análise do *corpus*, não foi realizada amostragem dos dados, dado que a totalidade das entrevistas recolhidas foi incluída no processo analítico, em conformidade com os princípios de exaustividade e pertinência da análise de conteúdo propostos por Bardin. A homogeneidade foi assegurada pela aplicação dos mesmos critérios de recolha de dados a todos os participantes, promovendo consistência entre os dados analisados. Por fim, a pertinência foi garantida através da seleção de dados diretamente relacionados com os objetivos da investigação, assegurando a sua relevância para a análise.

Numa fase inicial, procedeu-se à transcrição integral das entrevistas, assegurando a fidelidade ao discurso dos participantes. Posteriormente, foi realizada uma leitura flutuante do *corpus*, com o objetivo de promover a familiarização com os dados e permitindo uma compreensão global dos conteúdos emergentes.

Seguidamente, iniciou-se o processo de codificação, através da identificação de unidades de registo relevantes para os objetivos do estudo. Este processo foi apoiado pelo *software* AIQDA, uma ferramenta de análise qualitativa assistida por inteligência artificial, utilizada como suporte à organização, segmentação, codificação e agrupamento dos dados. A literatura metodológica indica que as ferramentas digitais podem facilitar a organização e o tratamento dos dados qualitativos, mantendo-se, contudo, o papel central do investigador na interpretação e na atribuição de significado aos dados (Paulus & Lester, 2016).

As categorias e subcategorias foram construídas de forma indutiva, emergindo diretamente dos dados, sendo posteriormente analisadas, revistas e refinadas de modo a garantir a coerência interna, a pertinência teórica e a adequação aos objetivos do estudo. A análise desenvolveu-se de forma iterativa, envolvendo um processo contínuo de comparação entre os dados e as categorias, permitindo o seu progressivo ajustamento.

A codificação foi revista pelo investigador e por um segundo revisor, tendo as divergências sido discutidas até consenso. As categorias finais resultaram de um processo iterativo de comparação e refinamento.

O processo de análise deu origem a um sistema de categorias e subcategorias, suportado por excertos das entrevistas, o qual se encontra apresentado no Apêndice IV.

Para assegurar o rigor metodológico, foram considerados critérios de qualidade da investigação qualitativa, nomeadamente a credibilidade, a dependabilidade, a confirmabilidade e a transferibilidade, amplamente reconhecidos na literatura (Moser & Korstjens, 2017). A credibilidade foi promovida através da imersão prolongada nos dados e da análise aprofundada do *corpus*. A dependabilidade foi assegurada pela descrição sistemática e transparente das etapas do processo analítico. A confirmabilidade foi garantida pela ancoragem das interpretações nos dados empíricos, reduzindo a influência de vieses do investigador. A transferibilidade foi considerada através da descrição detalhada do contexto e dos participantes, permitindo ao leitor avaliar a aplicabilidade dos resultados a outros contextos semelhantes.

Adicionalmente, a garantia de rigor implica assegurar transparência e consistência ao longo de todo o processo analítico, desde a organização dos dados até à construção das categorias, conforme descrito na literatura metodológica (Nowell et al., 2017).

O processo analítico desenvolvido no presente estudo encontra-se sintetizado na Tabela 1, a qual apresenta as principais etapas da análise de conteúdo, desde a transcrição das entrevistas até à construção e interpretação das categorias temáticas.

Tabela 1 - Resumo do processo analítico

Etapa do processo analítico	Descrição
Transcrição das entrevistas	As entrevistas foram transcritas integralmente, assegurando fidelidade ao discurso dos participantes e anonimização dos dados identificativos.
Leitura flutuante do <i>corpus</i>	Procedeu-se à leitura integral e repetida das transcrições, promovendo familiarização com os dados e compreensão global dos conteúdos emergentes.
Organização inicial dos dados	Os dados foram importados para o <i>software</i> AIQDA®, permitindo a organização, segmentação e sistematização do <i>corpus</i> .
Codificação inicial	Foram identificadas unidades de registo relevantes para os objetivos do estudo, através de um processo de codificação indutiva orientado pelos conteúdos emergentes.
Agrupamento de códigos	Os códigos foram comparados e agrupados com base nas suas semelhanças conceptuais e temáticas.
Construção de categorias e subcategorias	As categorias e subcategorias emergiram progressivamente dos dados, sendo construídas de forma iterativa e alinhadas com os objetivos da investigação.
Revisão e refinamento analítico	As categorias foram revistas e refinadas pelo investigador e pelas orientadoras, através de discussão interpretativa e consenso, de forma a assegurar coerência interna e pertinência teórica.
Interpretação dos resultados	Procedeu-se à análise interpretativa das categorias, articulando os dados empíricos com o enquadramento teórico e a literatura científica.
Apresentação dos resultados	Os resultados foram organizados em eixos temáticos e ilustrados com excertos representativos das entrevistas, preservando-se os princípios de anonimato e confidencialidade dos participantes.

Este processo culminou na organização dos resultados em eixos temáticos que refletem as principais dimensões do estigma associadas à prática dos profissionais de saúde.

3.4. Resultados

O presente subcapítulo tem como finalidade apresentar os resultados obtidos a partir da análise das entrevistas realizadas aos participantes do estudo. Numa primeira fase, é efetuada a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, permitindo contextualizar os dados recolhidos. Posteriormente, são apresentados os resultados da análise qualitativa, organizados em categorias e eixos temáticos que refletem as principais dimensões do estigma associado à doença mental na perspetiva dos profissionais de saúde.

3.4.1. Caracterização dos participantes

Participaram no estudo seis enfermeiros (n=6), maioritariamente do género feminino (n=5), sendo apenas um participante do género masculino (n=1). As idades variaram entre os 40 e os 54 anos, com uma média de 44,8 anos (DP=4,83), evidenciando um grupo com percurso profissional consolidado.

O tempo de experiência profissional oscilou entre 6 e 30 anos, com uma média de 18,3 anos (DP=7,76), revelando um conjunto de participantes com experiência significativa no exercício da profissão.

No que respeita à formação académica, a maioria dos participantes detinha o grau de licenciatura em Enfermagem (n=5), sendo que um dos enfermeiros possuía especialização na área da Saúde Mental. Relativamente à experiência profissional específica em saúde mental, apenas um participante referiu experiência na área (8 anos), não tendo os restantes indicado experiência profissional em contextos de saúde mental. O único participante a exercer funções na área da Psiquiatria – Internamento de Doentes Agudos correspondia igualmente ao único enfermeiro com especialização e experiência profissional em Saúde Mental, bem como com formação específica nesta área.

Todos os participantes exerciam funções em contexto hospitalar, distribuídos por diferentes serviços, nomeadamente Medicina Interna, Consulta Externa, Bloco Operatório e Psiquiatria – Internamento de Doentes Agudos. Embora os critérios de inclusão contemplassem enfermeiros a exercer em diferentes áreas e contextos de cuidados, todos os participantes incluídos no estudo exerciam funções em contexto hospitalar. Esta circunstância decorreu de fatores relacionados com a acessibilidade e disponibilidade dos participantes no período de recolha de dados. Quanto à participação prévia em formação na área da saúde mental, apenas um dos participantes referiu ter frequentado formação específica, correspondente a um curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A Tabela 2 apresenta a síntese da caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes incluídos no estudo.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Variável	Resultado
Número total de participantes (n)	6
Género feminino, n (%)	5 (83,3%)

Género masculino, n (%)	1 (16,7%)
Idade (M ± DP)	44,8 ± 4,83 anos
Idade (mín–máx)	40–54 anos
Tempo de experiência profissional (M ± DP)	18,3 ± 7,76 anos
Tempo de experiência profissional (mín–máx)	6–30 anos
Licenciatura, n (%)	5 (83,3%)
Especialização em Saúde Mental, n (%)	1 (16,7%)
Experiência profissional em Saúde Mental, n (%)	1 (16,7%)
Exercício em contexto hospitalar, n (%)	6 (100%)

Nota. M = média; DP = desvio-padrão.

3.4.2. Resultados

A análise dos dados permitiu identificar 21 subcategorias, organizadas em 5 categorias principais, que refletem os significados atribuídos pelos participantes ao fenómeno do estigma associado à doença mental no contexto dos cuidados de saúde. Estas categorias emergiram de forma indutiva a partir do *corpus* das entrevistas, evidenciando padrões recorrentes no discurso dos participantes e diferentes dimensões do fenómeno em estudo.

Na Tabela 3 apresentam-se as categorias e respetivas subcategorias identificadas.

Tabela 3 - Categorias e subcategorias identificadas nas entrevistas

Categorias	Subcategorias	Exemplos de transcrições
1. Concepções sobre doença mental e estigma	Definição de Doença Mental	“Muitas vezes ainda se vê a doença mental como algo fora do controlo, quase como se a pessoa deixasse de ser ela própria.” (Entrevista C)
	Perceção do Estigma	“O estigma ainda está muito presente, mas é subtil, não é tão explícito como antigamente.” (Entrevista F)
	Manifestação do Estigma	“Nota-se no discurso, na forma como se fala destes doentes, há sempre uma certa distância.” (Entrevista B)
	Crença na Maior Perigosidade	“Sim, pela imprevisibilidade... imprevisíveis muitas vezes torna-se violentos.” (Entrevista E)

	Discriminação e Rótulos	“Ficam marcados pelo diagnóstico, deixam de ser a pessoa para passar a ser ‘o esquizofrênico’.” (<i>Entrevista D</i>)
2. Impacto do estigma nos cuidados de saúde	Medo ou Receio nos Cuidados	“Muitas vezes os colegas não querem ir lá... porque têm medo.” (<i>Entrevista F</i>)
	Influência do Diagnóstico nos Cuidados	“O diagnóstico acaba por influenciar a forma como se presta o cuidado, mesmo que não seja consciente.” (<i>Entrevista A</i>)
	Compreensão das Limitações nos Autocuidados	“Nem sempre se compreende que a doença pode afetar a capacidade de autocuidado.” (<i>Entrevista E</i>)
	Capacidade de Tomada de Decisão	“Se estiverem estáveis, acho que são pessoas 100% capazes de dizer se querem este tratamento ou outro tratamento.” (<i>Entrevista F</i>)
3. Fatores condicionantes do estigma nos profissionais	Falta de Formação Específica	“Não... acho que deve haver uma melhor preparação para a prática.” (<i>Entrevista D</i>)
	Importância da Formação	“A formação faz toda a diferença na forma como olhamos para estes doentes.” (<i>Entrevista C</i>)
	Influência da Experiência Pessoal ou Profissional	“Quem já teve contacto próximo com doença mental tem uma visão diferente.” (<i>Entrevista F</i>)
	Cultura da Equipa ou Serviço	“Depende muito da equipa, há serviços onde o estigma é mais evidente.” (<i>Entrevista B</i>)
	Pressão Assistencial e Falta de Tempo	“O tempo é muito limitado e isso afeta a forma como cuidamos.” (<i>Entrevista B</i>)
	Desvalorização da Saúde Mental	“Ainda se valoriza mais o físico do que o psicológico.” (<i>Entrevista D</i>)
4. Estratégias e necessidades para redução do estigma	Sugestões para Redução do Estigma	“Era importante haver mais formação prática e contacto com estas realidades.” (<i>Entrevista A</i>)
	Necessidade de Humanização nos Cuidados	“Temos de olhar para além do diagnóstico.” (<i>Entrevista F</i>)
	Importância da Empatia	“A empatia é essencial, porque sem isso não há verdadeira relação terapêutica.” (<i>Entrevista E</i>)
	Necessidade de Apoio e Supervisão	“Também precisamos de orientação para lidar melhor com estas situações.” (<i>Entrevista B</i>)

5. Influência do contexto sociocultural	Reconhecimento das Dificuldades da Sociedade	“A sociedade em si é que não está preparada nem para os doentes de saúde mental...” (Entrevista D)
	Impacto dos Meios de Comunicação	“Os media muitas vezes reforçam ideias erradas sobre estas pessoas.” (Entrevista F)

O sistema de categorias e subcategorias, bem como os excertos ilustrativos que sustentam a análise, encontram-se apresentados em apêndice (Apêndice IV), permitindo a rastreabilidade e transparência do processo analítico.

3.4.3. Síntese interpretativa

A articulação entre categorias e subcategorias permitiu construir diferentes eixos interpretativos, organizados de forma transversal, os quais procuram compreender o fenómeno do estigma em saúde mental enquanto realidade multifatorial e relacional.

Eixo 1 – Formação, suporte institucional e fatores organizacionais

A análise integrada das entrevistas evidencia que a formação em saúde mental é percecionada pelos participantes como um elemento central na compreensão e mitigação do estigma associado à doença mental. De forma recorrente, a formação em saúde mental é percecionada como insuficiente, superficial ou pouco articulada com a prática clínica, como se vê quando um participante refere que o curso é “muito superficial” (Entrevista B) e outro afirma que “não é suficiente” a preparação recebida (Entrevista D). Em paralelo, destaca-se a ideia de que a formação contínua, a partilha de conhecimento entre profissionais e o contacto mais regular com a realidade da saúde mental são indispensáveis para reduzir o estigma e melhorar a intervenção. Esta perspetiva é reforçada por expressões como “mais formação, mais esclarecimentos” (Entrevista A), “mais acompanhamento na componente prática” (Entrevista E) e pela defesa de uma maior troca de experiências entre profissionais que trabalham na área e colegas de outros contextos assistenciais. Ao mesmo tempo, a categoria “Necessidade de Apoio e Supervisão” surge como complemento desta preocupação formativa, na medida em que vários participantes sugerem acompanhamento próximo, supervisão e maior suporte institucional para consolidar práticas mais seguras. A esta dimensão associa-se ainda a categoria “Pressão Assistencial e Falta de Tempo”, descrita como um fator que reduz a disponibilidade para um cuidado refletido e centrado na pessoa, e a categoria “Cultura da Equipa ou Serviço”, entendida como um elemento que pode reforçar ou atenuar as atitudes perante a doença mental. A categoria “Influência da Experiência Pessoal ou Profissional” aparece também como determinante, seja pela experiência positiva

de maior contacto e aprendizagem, seja por vivências difíceis em estágio ou em contexto laboral que deixam marcas nas atitudes futuras.

Eixo 2 – Representações sociais e construção simbólica da doença mental

Os discursos dos participantes evidenciam representações socialmente construídas sobre a pessoa com doença mental, frequentemente associadas a fragilidade, diferença, isolamento e dificuldade de adaptação. Um dos participantes descreve a pessoa com doença mental como “uma pessoa frágil” (Entrevista C), enquanto outros a associam a alguém que “vê o mundo de outra forma” (Entrevista F) ou que atravessa uma fase de sofrimento e desorganização interna. Ao mesmo tempo, a categoria “Desvalorização da Saúde Mental” aparece de forma clara quando os participantes afirmam que esta área é “muito negligenciada” (Entrevista A) ou “subvalorizada” (Entrevista D), revelando uma percepção de menor investimento social e institucional face a outras áreas da saúde. O “Reconhecimento das Dificuldades da Sociedade” reforça esta leitura, sobretudo quando se afirma que a sociedade “não está preparada” (Entrevista B) para acolher quem se desvia do padrão da normalidade ou quando se reconhece que a família e o meio envolvente nem sempre compreendem a doença. Nesta mesma linha, a categoria “Impacto dos Meios de Comunicação” é apontada como um elemento que contribui para imaginários redutores e alarmistas, com referência aos filmes e às imagens mediáticas que associam saúde mental a violência, isolamento ou tratamentos desumanizados. É neste contexto que a categoria “Percepção do Estigma” surge como um dado transversal: os participantes reconhecem que o estigma existe nos serviços de saúde, ainda que por vezes em graus diferentes, e que essa percepção decorre tanto da experiência profissional como da observação do modo como a sociedade olha para a doença mental. A categoria “Crença na Maior Perigosidade” integra este mesmo campo simbólico, aparecendo associada à imprevisibilidade, à crise e à ideia de risco, ainda que vários participantes procurem relativizar essa associação.

A distribuição global das categorias identificadas permite visualizar os temas mais recorrentes no *corpus* das entrevistas, evidenciando a centralidade de determinadas dimensões na experiência e percepção dos participantes relativamente ao estigma em saúde mental.

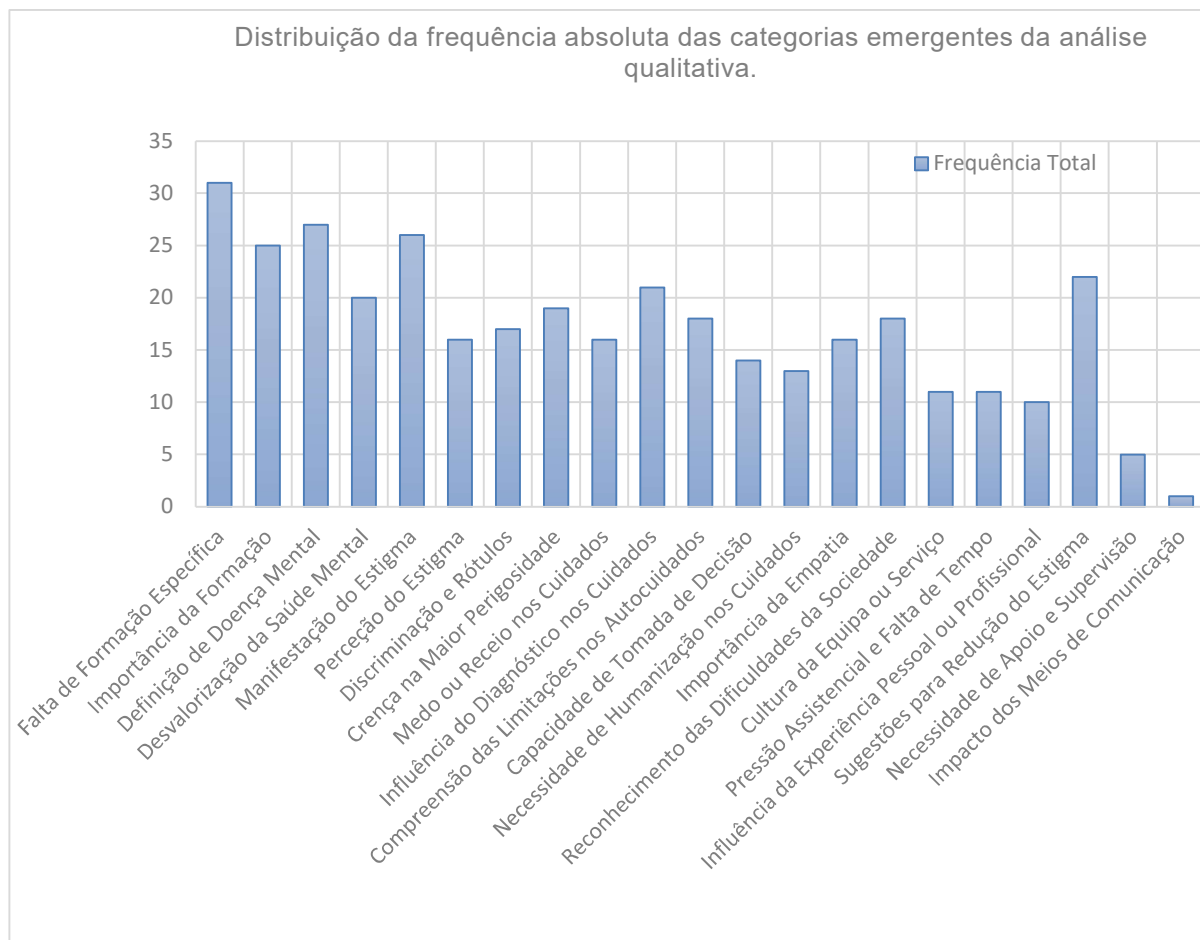


Gráfico 1 - Frequência total das categorias identificadas nas entrevistas

Eixo 3 – Manifestação do estigma na prática de enfermagem

A forma como o estigma se materializa na prática de enfermagem emerge de forma particularmente evidente nos discursos dos participantes, sobretudo através de atitudes de afastamento, rotulagem e distanciamento, tanto emocional como terapêutico. Um participante refere explicitamente que pode haver profissionais que dizem “não quero ficar com esse doente” (Entrevista E), enquanto outros mencionam atitudes de afastamento perante pessoas com doença mental ou a tendência para transferir a responsabilidade a outro colega. A isto associa-se a categoria “Discriminação e Rótulos”, visível em expressões como “é psiquiátrica” (Entrevista B), “aquilo é maluco” (Entrevista F) ou na prática de atribuir ao doente um rótulo que eclipsa a sua individualidade. Este aspeto relaciona-se diretamente com a categoria “Influência do Diagnóstico nos Cuidados”, uma vez que o diagnóstico é frequentemente descrito como um elemento que condiciona a abordagem, a linguagem utilizada e a forma de preparar a interação clínica, ainda que vários participantes sublinhem que o diagnóstico não deveria alterar a essência do cuidado. De forma convergente, as categorias “Necessidade de Humanização nos Cuidados” e “Importância da Empatia” surgem como resposta ética e relacional ao estigma: os participantes defendem que é necessário “falar com ele como se

fosse um utente normal” (Entrevista A), “colocar-se no lugar do outro” (Entrevista D) e olhar para a pessoa “como um todo” (Entrevista C), reconhecendo o sofrimento para lá do diagnóstico. A articulação entre estas categorias evidencia que o estigma não é apenas uma atitude abstrata, mas um fenómeno que se inscreve concretamente na interação, nas palavras escolhidas, na forma de escutar e na qualidade da relação terapêutica.

A análise da frequência das categorias e da sua distribuição pelos participantes evidencia que algumas dimensões do estigma surgem de forma transversal nas diferentes entrevistas, ainda que com intensidades distintas.

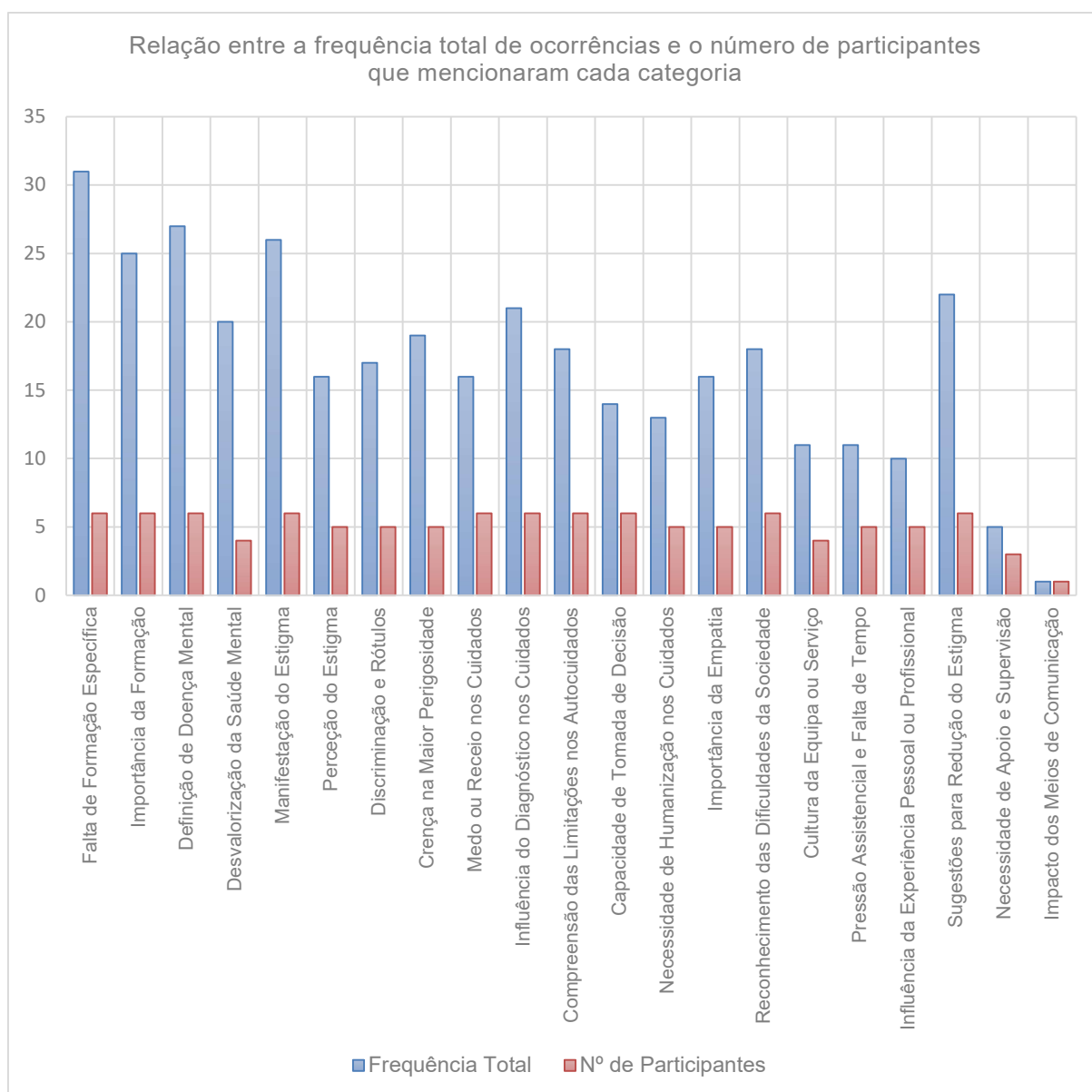


Gráfico 2 - Frequência das categorias e número de participantes por categoria

Eixo 4 – Autonomia, funcionalidade e percepção de risco na doença mental

Os participantes associam a doença mental a diferentes níveis de autonomia e funcionalidade, articulando estas percepções com a avaliação do risco, da capacidade decisória e da necessidade de apoio nos cuidados. A categoria “Compreensão das Limitações nos Autocuidados” aparece associada sobretudo aos períodos de depressão ou de descompensação, sendo descrita como um estado em que a pessoa “fica mesmo sem forças” (Entrevista F), “não consegue levantar-se da cama” (Entrevista B) ou deixa de conseguir realizar tarefas simples do quotidiano. Esta dimensão articula-se com a categoria “Capacidade de Tomada de Decisão”, que é entendida de forma contextual: vários participantes defendem que a pessoa pode manter capacidade decisória quando está estável e medicada, mas que essa capacidade pode ficar comprometida em fases de crise ou quando perde orientação para a realidade. A categoria “Medo ou Receio nos Cuidados” surge de forma ambivalente. Alguns participantes dizem não sentir medo, apenas necessidade de maior preparação, enquanto outros admitem que o medo surge sobretudo quando não conhecem a pessoa ou quando antecipam comportamentos imprevisíveis. Em paralelo, a categoria “Crença na Maior Perigosidade” é frequentemente relativizada, com a distinção entre pessoas em crise e pessoas estáveis, e com a ideia de que a perigosidade não decorre automaticamente do diagnóstico, mas de múltiplos fatores clínicos e contextuais. Esta perspetiva mais diferenciada revela-se particularmente relevante porque mostra que, embora persistam estereótipos, também existe espaço para uma interpretação clínica mais madura e menos redutora da pessoa com doença mental.

Eixo 5 – Estratégias para redução do estigma e transformação das práticas

Para além da identificação de dificuldades e manifestações de estigma, os participantes apresentam propostas concretas orientadas para a redução do estigma e para a transformação das práticas em saúde mental. Entre as estratégias sugeridas destaca-se a necessidade de aumentar o contacto direto com a realidade da saúde mental, como referido por um participante ao sugerir “ir aos sítios onde eles convivem, onde trabalham, tentar conhecer melhor o dia-a-dia deles” (Entrevista C). Surge igualmente a importância de uma maior proximidade institucional e supervisão, expressa na ideia de que “os responsáveis [devem] andar mais próximos dos serviços, dos acontecimentos” (Entrevista E), evidenciando a necessidade de maior envolvimento das estruturas organizacionais na prática clínica.

As propostas incluem ainda o reforço da formação inicial e contínua, o aumento do contacto com contextos reais de saúde mental, a promoção de sessões de esclarecimento e a partilha de experiências entre profissionais. Paralelamente, é salientada a necessidade de maior investimento em investigação e suporte institucional, como se observa na afirmação

“precisamos de mais investigação, mais apoios” (Entrevista B), bem como a importância de recorrer ao apoio da equipa em situações de maior exigência, evidenciada na expressão “é aí, nesta altura, que peço ajuda” (Entrevista D).

Em várias entrevistas, estas sugestões surgem articuladas com a necessidade de tornar a saúde mental mais visível, mais compreendida e mais próxima da realidade dos serviços e da sociedade. Assim, a leitura global dos dados sugere que o estigma em saúde mental resulta de uma interação entre défice de conhecimento, representações sociais negativas, experiências profissionais marcantes, pressões organizacionais e fragilidades na formação, mas também mostra que os participantes reconhecem caminhos concretos e operacionalizáveis para a sua mitigação. A síntese interpretativa permite, assim, compreender que as categorias identificadas não funcionam de forma isolada, mas se organizam em torno de um fenómeno mais amplo, no qual formação, contexto, relação terapêutica, experiência e humanização se articulam na construção dos cuidados em saúde mental.

A distribuição das categorias por entrevista evidencia a transversalidade do fenómeno do estigma nos diferentes discursos analisados, ainda que com variações na profundidade e diversidade temática entre participantes. O Gráfico 3 permite visualizar a dispersão das categorias ao longo das entrevistas, reforçando a consistência dos padrões identificados no *corpus*.

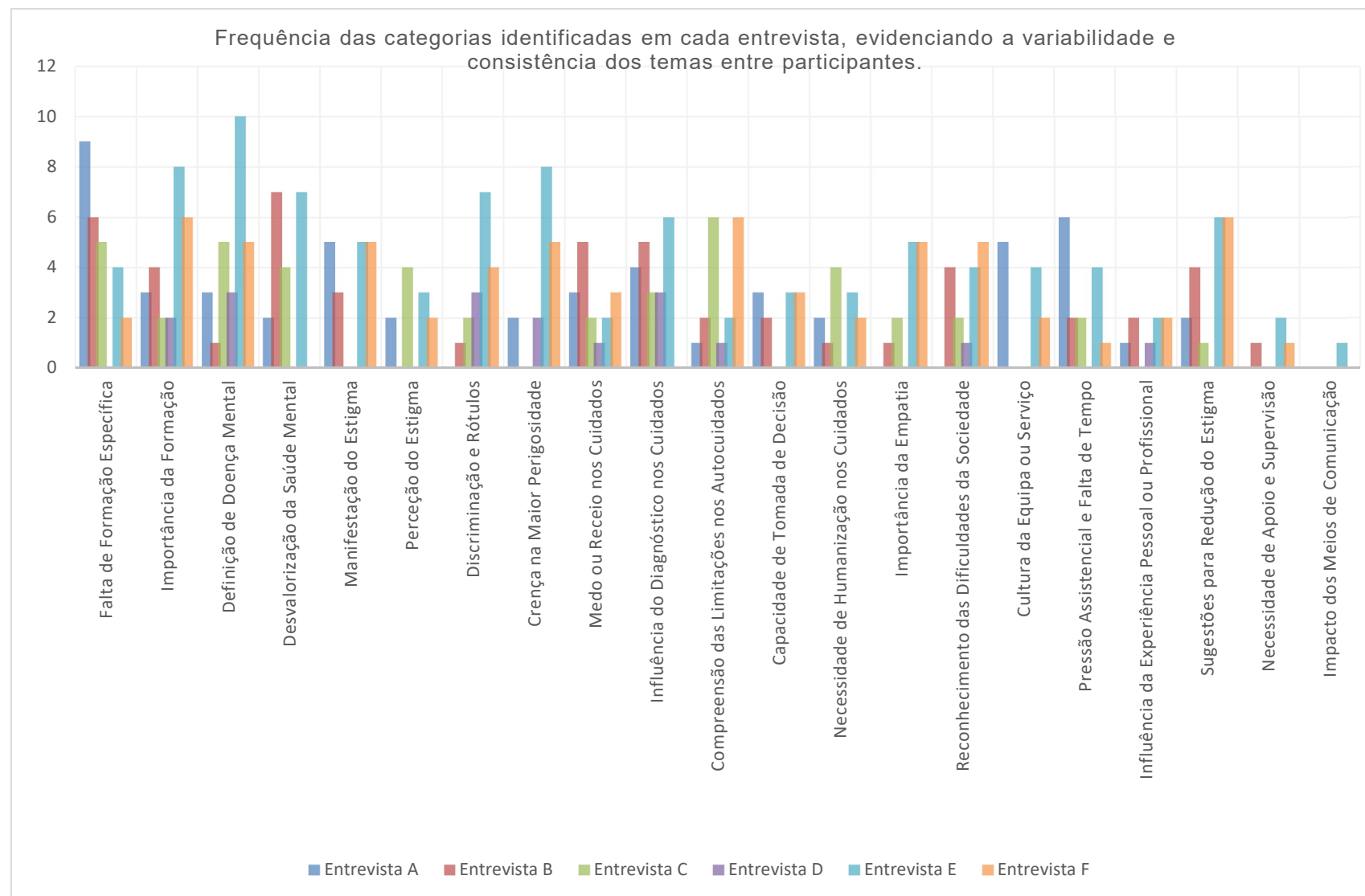


Gráfico 3 - Distribuição das categorias por entrevista

Globalmente, os resultados sugerem que o estigma em saúde mental entre profissionais de enfermagem não emerge apenas de preconceitos individuais, mas de uma interação dinâmica entre formação, cultura organizacional, experiências profissionais, representações sociais e condições estruturais dos cuidados, reforçando a necessidade de abordagens integradas de formação, supervisão e humanização da prática clínica.

3.5. Discussão dos resultados

Os resultados deste estudo evidenciam que o estigma em saúde mental, no contexto da prática de enfermagem, constitui um fenómeno complexo e multifatorial, resultante da interação entre fatores individuais, formativos, relacionais e organizacionais. Link & Phelan (2001) conceptualizam o estigma como um processo de rotulagem, estereotipação, separação, perda de estatuto e discriminação, sustentado por relações de poder que permitem a consolidação desses elementos. Esta formulação é particularmente útil para interpretar os dados desta dissertação, uma vez que permite compreender o estigma não como uma atitude isolada, mas como um processo social e relacional que atravessa os cuidados de enfermagem. Corrigan et al. (2014) acrescentam que o estigma em saúde mental interfere com a procura e a participação nos cuidados, porque muitas pessoas evitam o tratamento ou não se envolvem plenamente nele.

Um dos eixos mais consistentes da análise diz respeito à insuficiência da formação em saúde mental, identificada como fator central na construção e manutenção de atitudes estigmatizantes. Os participantes evidenciam lacunas na preparação académica, particularmente ao nível da articulação entre teoria e prática, o que se traduz em insegurança na prestação de cuidados. Este aspeto encontra expressão na subcategoria falta de formação específica, como ilustrado no seguinte excerto:

“Às vezes posso me sentir um bocadinho despreparada ou não saber exatamente como devo responder...” (Entrevista A; código: Falta de Formação Específica)

Knaak et al. (2017) demonstram que competências e formação inadequadas estão associadas ao estigma, conduzindo a sentimentos de ansiedade, evitamento e distância clínica, o que pode comprometer a qualidade dos cuidados. Esta evidência é congruente com os dados obtidos, reforçando a centralidade da formação enquanto dimensão estruturante.

A associação entre doença mental e perigosidade emerge como uma das representações mais persistentes, frequentemente ancorada na perceção de imprevisibilidade do comportamento. Esta dimensão é visível na subcategoria crença na maior perigosidade, evidenciada no seguinte excerto:

“Sim, pela imprevisibilidade... imprevisíveis muitas vezes torna-se violentos.”
(Entrevista E; código: Crença na Maior Perigosidade)

De acordo com Corrigan et al. (2014), os estereótipos associados à doença mental incluem precisamente a percepção de perigosidade, imprevisibilidade e incapacidade, sendo construções socialmente aprendidas e difíceis de desconstruir.

O estigma manifesta-se na prática clínica através da rotulagem, do distanciamento e da redução do envolvimento terapêutico. Na subcategoria manifestação do estigma, observa-se:

“Há colegas que... passam um bocadinho a pasta a outra pessoa.” (Entrevista B; código: Manifestação do Estigma)

Esta evidência é consistente com Knaak et al. (2017), que identificam a desumanização e o afastamento relacional como expressões centrais do estigma em contexto de saúde.

Adicionalmente, a desvalorização da saúde mental surge como um elemento estruturante do estigma, refletindo-se na menor legitimidade atribuída ao sofrimento psicológico. Este aspeto está presente na subcategoria desvalorização da saúde mental:

“A saúde mental é muito negligenciada... não são valorizados como deveria ser.”
(Entrevista C; código: Desvalorização da Saúde Mental)

De acordo com Rayan (2024), crenças culturais erradas e a limitada literacia em saúde mental continuam a sustentar a desvalorização desta área, contribuindo para a manutenção do estigma.

No que respeita à prática clínica, a influência do diagnóstico na forma como os cuidados são planeados e executados constitui um aspeto relevante. Tal é evidenciado na subcategoria influência do diagnóstico nos cuidados:

“De acordo com o diagnóstico eu vou relacionar-me de forma diferente...” (Entrevista B; código: Influência do Diagnóstico nos Cuidados)

Este resultado sugere a presença de processos de categorização antecipatória, em linha com Corrigan et al. (2014), que referem que o estigma pode influenciar a forma como os profissionais interpretam e respondem ao comportamento das pessoas com doença mental.

A compreensão das limitações funcionais associadas à doença mental surge, contudo, como um elemento que pode contrariar o estigma, promovendo uma abordagem mais empática. Este aspeto é visível na subcategoria compreensão das limitações nos autocuidados:

“É como se o mundo desabasse em cima da pessoa e ela fica mesmo sem forças.” (Entrevista C; código: Compreensão das Limitações nos Autocuidados)

Tal como evidenciado por Simonelli-Muñoz et al. (2023), a exposição e compreensão da experiência da doença mental contribuem para a redução de preconceitos e para o desenvolvimento de maior empatia.

No que concerne à tomada de decisão, os participantes evidenciam uma visão diferenciada e contextualizada da autonomia das pessoas com doença mental. Tal é ilustrado na subcategoria capacidade de tomada de decisão:

“Se estiverem estáveis... são pessoas 100% capazes de decidir.” (Entrevista F; código: Capacidade de Tomada de Decisão)

Este resultado reforça a ideia de que o estigma não é absoluto, coexistindo com interpretações mais ajustadas e individualizadas da pessoa, em consonância com Corrigan et al. (2014).

Os resultados evidenciam também o papel do contexto organizacional. Na subcategoria pressão assistencial e falta de tempo, destaca-se:

“Temos que prestar os cuidados a correr... porque não temos tempo.” (Entrevista A; código: Pressão Assistencial e Falta de Tempo)

Kwame & Petrucka (2021) demonstram que a sobrecarga de trabalho compromete a comunicação centrada na pessoa, podendo reforçar práticas despersonalizadas.

Por outro lado, a necessidade de humanização dos cuidados surge como um elemento central na mitigação do estigma. Este aspeto é evidenciado na subcategoria necessidade de humanização nos cuidados:

“Não conseguem ver a pessoa como um todo...” (Entrevista C; código: Necessidade de Humanização nos Cuidados)

De acordo com Suazo et al. (2020), a humanização dos cuidados está diretamente associada à empatia e à melhoria dos resultados em saúde.

Por fim, os participantes identificam estratégias para a redução do estigma, destacando a formação e a sensibilização. Tal é visível na subcategoria sugestões para redução do estigma:

“As formações... são muito importantes para informar.” (Entrevista B; código: Sugestões para Redução do Estigma)

Knaak et al. (2017) demonstram que intervenções baseadas em formação e desenvolvimento de competências são eficazes na redução do estigma entre profissionais de saúde.

Em síntese, o estigma em saúde mental emerge como um fenómeno complexo, influenciado por fatores formativos, sociais, organizacionais e relacionais. Os resultados evidenciam uma consciência crítica por parte dos profissionais e a identificação de estratégias concretas para a sua redução, reforçando a necessidade de integrar a saúde mental de forma transversal na prática de enfermagem. Link & Phelan (2001) permitem compreender estas dimensões como interdependentes, Corrigan et al. (2014) evidenciam o impacto do estigma na procura e no envolvimento nos cuidados.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. No que respeita à componente qualitativa, o reduzido número de participantes e a sua concentração geográfica podem limitar a transferibilidade dos resultados para outros contextos. Adicionalmente, a utilização de amostragem por conveniência pode introduzir algum viés na seleção dos participantes. Outra limitação prende-se com os instrumentos de recolha de dados, pelo facto de não ter sido incluído um item que avaliasse o contacto prévio dos participantes com pessoas com doença mental na sua rede social mais próxima, ou a eventual experiência vivida de doença mental. A inclusão destes aspetos seria relevante, na medida em que a literatura indica que o contacto prévio ou a experiência vivida estão associados a atitudes menos estigmatizantes, podendo influenciar as perceções e os discursos dos participantes.

As implicações dos resultados obtidos assumem particular relevância para a formação em enfermagem e para a supervisão clínica. A integração transversal da saúde mental nos percursos formativos, associada ao desenvolvimento de competências relacionais, comunicacionais e reflexivas, poderá contribuir para a redução de atitudes estigmatizantes e para a promoção de cuidados mais humanizados e centrados na pessoa. Paralelamente, a supervisão clínica surge como um elemento facilitador da reflexão crítica sobre práticas, emoções e atitudes dos profissionais perante a doença mental, constituindo uma estratégia relevante para o desenvolvimento profissional e para a consolidação de práticas de cuidados mais seguras, empáticas e não discriminatórias.

Apesar destas limitações, a profundidade da análise e a consistência dos resultados obtidos, reforçadas pela articulação com a evidência científica, conferem robustez às conclusões do estudo.

4. Parte II – *Scoping review*

A Parte II da presente dissertação corresponde à componente de síntese da evidência científica e tem como objetivo mapear e caracterizar intervenções e programas destinados à redução do estigma associado à saúde mental por parte dos profissionais de saúde. Através da realização de uma *scoping review*, pretende-se identificar a extensão, natureza e características da evidência disponível, bem como lacunas no conhecimento existente. Esta componente permite complementar e aprofundar os resultados do estudo qualitativo, contribuindo para uma compreensão integrada do fenómeno do estigma em saúde mental e para a fundamentação de estratégias de intervenção baseadas na evidência.

O estigma associado à doença mental constitui uma barreira significativa e persistente à qualidade, acessibilidade e continuidade dos cuidados em saúde mental, afetando negativamente a experiência das pessoas com doença mental e os resultados em saúde (Thornicroft et al., 2007). Ainda de acordo com o mesmo autor, este fenómeno tem sido conceptualizado como um processo social complexo que envolve ignorância, preconceito e discriminação, o que, por sua vez, vai influenciar as atitudes, expectativas e comportamentos dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados (Thornicroft et al., 2007). A evidência científica demonstra que a existência de atitudes estigmatizantes por parte de profissionais de saúde pode comprometer o reconhecimento adequado das necessidades das pessoas com doença mental, a qualidade da relação terapêutica e a tomada de decisão clínica, o que se reflete diretamente na segurança e eficácia dos cuidados (Kassam et al., 2012).

Nas últimas décadas, têm sido desenvolvidas várias intervenções e programas dirigidos a profissionais de saúde que visam a redução do estigma associado à doença mental por parte dos mesmos. Estas iniciativas incluem intervenções educativas, estratégias baseadas no contacto direto ou indireto com pessoas com experiência vivida de doença mental, programas de formação contínua e abordagens organizacionais orientadas para a mudança de atitudes e práticas institucionais (Knaak et al., 2017; Thornicroft et al., 2016). Revisões recentes sugerem que intervenções que combinam componentes educativas com experiências de contacto apresentam maior potencial para promover mudanças positivas nas atitudes e intenções comportamentais dos profissionais de saúde (Guerrero et al., 2023; Thornicroft et al., 2016). No entanto, revisões sistemáticas evidenciam uma elevada heterogeneidade no que respeita aos tipos de intervenção, contextos de implementação, populações-alvo, desenhos metodológicos e indicadores de avaliação de resultados,

dificultando a comparabilidade dos estudos e a síntese da evidência disponível ((Gronholm et al., 2017; Knaak et al., 2017; Thornicroft et al., 2016).

Apesar do crescente volume de investigação neste campo, permanecem lacunas relevantes no conhecimento, nomeadamente no mapeamento sistemático das intervenções existentes, na caracterização das suas componentes essenciais e na identificação dos contextos em que têm sido implementadas (Gronholm et al., 2017). Neste sentido, torna-se pertinente recorrer a uma *scoping review*, enquanto abordagem metodológica adequada para mapear a extensão, natureza e características da evidência disponível, bem como identificar áreas insuficientemente exploradas e orientar futuras agendas de investigação (Aromataris et al., 2024). De acordo com o Joanna Briggs Institute, as *Scoping reviews* são particularmente indicadas quando o objetivo é clarificar conceitos, examinar como a investigação é conduzida num determinado domínio e identificar lacunas na evidência existente (Aromataris et al., 2024).

Assim, a presente *scoping review* tem como finalidade mapear e caracterizar intervenções e programas destinados à redução do estigma associado à doença mental por parte de profissionais de saúde, em diferentes contextos de prestação de cuidados. Esta revisão segue rigorosamente a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para *Scoping reviews*, conforme descrito no Capítulo 10 do *JB I Manual for Evidence Synthesis*, e encontra-se previamente protocolada, assegurando transparência metodológica, reprodutibilidade e alinhamento com as recomendações internacionais para a síntese de evidência neste domínio (Aromataris et al., 2024).

4.1. Metodologia

A presente revisão foi conduzida de acordo com a metodologia de *scoping review* proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI) no seu manual intitulado “JBI Manual for Evidence Synthesis”, a qual é particularmente adequada para mapear a extensão, natureza e características da evidência disponível em áreas de investigação complexas ou marcadas por heterogeneidade conceptual e metodológica (Aromataris et al., 2024). De acordo com o descrito no supracitado manual, as *scoping reviews* distinguem-se de outros tipos de síntese de evidência por privilegiarem o mapeamento abrangente da literatura existente, a clarificação de conceitos e a identificação de lacunas na evidência, não tendo como objetivo principal a avaliação da eficácia das intervenções (Aromataris et al., 2024).

De acordo com as orientações metodológicas do JBI, a realização de uma *scoping review* implica a adoção de um conjunto de etapas sistemáticas e transparentes que asseguram a robustez e a reprodutibilidade do processo de revisão (Aromataris et al., 2024).

Segundo os mesmos autores, estas etapas incluem a definição da questão de revisão, a formulação de critérios de inclusão e exclusão, o desenvolvimento de estratégias de pesquisa abrangentes, a seleção e triagem dos estudos, a extração e análise dos dados e a apresentação estruturada dos resultados.

A presente *scoping review* foi desenvolvida com base num protocolo metodológico previamente elaborado, em conformidade com as recomendações do JBI Manual for Evidence Synthesis, com o objetivo de promover a transparência metodológica, reduzir o risco de enviesamento e garantir a coerência entre os objetivos da revisão, os métodos adotados e a apresentação dos resultados (Aromataris et al., 2024). Posteriormente, com o objetivo de reforçar a rastreabilidade e transparência do processo de revisão, o protocolo foi disponibilizado na plataforma Open Science Framework (OSF).

A formulação da questão de revisão seguiu o modelo PCC (Population, Concept, Context), recomendado pelo JBI para *scoping reviews*, por permitir uma delimitação clara e sistemática do foco da revisão (Aromataris et al., 2024). De acordo com Aromataris et al. (2024) este modelo é particularmente indicado quando se pretende mapear intervenções, programas ou fenómenos em diferentes contextos, sem restringir excessivamente o âmbito da pesquisa.

A identificação e seleção dos estudos foram conduzidas de forma sistemática e documentada, em consonância com as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping reviews* (PRISMA-ScR), assegurando transparência e clareza na descrição das etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos, tal como descrito por Tricco et al. (2018). Ainda segundo Tricco et al. (2018), a utilização do PRISMA-ScR contribui para a credibilidade metodológica da revisão e para a compreensão clara do processo de seleção dos estudos incluídos.

No âmbito da gestão das referências bibliográficas, deteção de duplicados, triagem e seleção dos estudos, foi utilizado o *software* Rayyan, na sua versão web. O Rayyan é uma aplicação que foi desenvolvida especificamente para apoiar revisões sistemáticas e *scoping reviews*, permitindo a importação de referências provenientes de múltiplas bases de dados, a identificação semiautomatizada de duplicados, a triagem de títulos e resumos e o registo estruturado das decisões de inclusão e exclusão (Ouzzani et al., 2016). Segundo os autores, esta ferramenta foi concebida para aumentar a eficiência do processo de triagem inicial e reduzir o tempo necessário para a seleção de estudos, mantendo simultaneamente a transparência e rastreabilidade das decisões metodológicas (Ouzzani et al., 2016).

Durante a fase de triagem, os registos obtidos a partir das bases de dados eletrónicas foram importados para o Rayyan, onde se procedeu à identificação e resolução de duplicados.

A triagem dos títulos e resumos foi realizada de forma sistemática, com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos no protocolo, sendo as decisões registradas na referida plataforma. De acordo com Ouzzani et al. (2016), o recurso ao Rayyan permite estruturar o processo de seleção dos estudos, apoiando a aplicação consistente dos critérios de inclusão e exclusão e assegurando o registo sistemático e rastreável das decisões tomadas ao longo da fase de triagem

A extração e análise dos dados foram realizadas de forma descritiva e sistemática, com base em instrumentos previamente definidos no protocolo, permitindo a organização e síntese da informação em função dos objetivos da revisão e tal como preconizado no *JBIManual for Evidence Synthesis* elaborado por Aromataris et al. (2024). Em consonância com a natureza das *scoping reviews*, não foi realizada avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos, uma vez que, de acordo com Aromataris et al. (2024), este tipo de revisão não visa a hierarquização da evidência, mas sim o mapeamento abrangente da literatura disponível.

A apresentação dos resultados foi organizada de forma descritiva, utilizando narrativas e quadros/tabulações para descrever as características dos estudos incluídos, os tipos de intervenções e programas, os contextos de implementação e os principais resultados reportados, em conformidade com as orientações do JBI, descritas por Aromataris et al. (2024) no *JBIManual for Evidence Synthesis*, para sumarização lógica e descritiva de dados em *scoping reviews*. Esta forma de apresentação facilita a compreensão global do estado da arte e fornece uma base estruturada para o desenvolvimento de futuras investigações e para a tomada de decisão informada na prática em saúde mental (Aromataris et al., 2024).

4.2. Questão de revisão

A questão de revisão foi formulada de acordo com o modelo PCC (Population, Concept, Context), conforme recomendado pelo *JBIManual for Evidence Synthesis*, o qual preconiza que, tal como o título, a questão de uma *scoping review* integre explicitamente estes três elementos, de modo a delimitar o foco da revisão de forma clara e sistemática (Aromataris et al., 2024). O enquadramento da questão de revisão segundo os componentes PCC encontra-se apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Enquadramento segundo o método PCC

População (participants)	Profissionais de saúde, em exercício, de qualquer área (ex.: médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de saúde) Exclusão: estudos em exclusivo com estudantes de qualquer curso ou nível de formação em qualquer área das ciências da saúde.
Conceito (concept)	Intervenções, programas, estratégias ou ações implementadas em contexto real de prática profissional, direcionadas à redução do estigma associado à saúde mental. Exclusão: intervenções relacionadas com outros tipos de estigma sem foco na saúde mental.
Contexto (context)	Qualquer contexto profissional ou organizacional de prestação de cuidados quer seja a nível hospitalar ou comunitário Exclusão: contextos académicos de pré-graduação.

Desta forma a questão de investigação elaborada foi:

Que intervenções e programas têm sido implementados e avaliados para reduzir o estigma associado à saúde mental entre profissionais de saúde?

4.3. Critérios de inclusão e exclusão

Serão incluídos nesta *scoping review* estudos primários que descrevam e/ou avaliem intervenções, programas ou ações implementadas em contexto real de prática profissional, com o objetivo de reduzir o estigma associado à saúde mental por parte de profissionais de saúde em exercício, apresentando dados empíricos resultantes da sua aplicação, independentemente do desenho metodológico adotado.

Serão excluídos estudos cujas intervenções sejam dirigidas exclusivamente a estudantes da área da saúde em contextos de pré-graduação ou à população em geral, bem como estudos em que os profissionais de saúde não constituam a população-alvo principal ou em que não seja possível extrair resultados específicos relativos a esta população.

Serão igualmente excluídos estudos secundários, nomeadamente revisões sistemáticas, revisões integrativas e *scoping reviews*, bem como literatura cinzenta, incluindo teses académicas, dissertações, relatórios técnicos, protocolos de estudo e outros documentos não publicados em formato de artigo científico.

A exclusão de literatura cinzenta foi assumida por critérios de exequibilidade e homogeneidade da evidência, embora se reconheça que esta opção pode limitar a captação de programas institucionais não publicados.

4.4. Estratégia de pesquisa.

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida de forma sistemática e abrangente, em conformidade com as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) Manual for Evidence Synthesis para *scoping reviews*, com o objetivo de identificar estudos primários sobre intervenções implementadas dirigidas à redução do estigma associado à saúde mental entre profissionais de saúde.

A pesquisa foi realizada exclusivamente em bases de dados eletrônicas de referência nas áreas da saúde, enfermagem, psicologia e ciências da saúde, nomeadamente PubMed, B-On, MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina e Cochrane Database of Systematic Reviews. Não foram utilizadas outras fontes de informação, como literatura cinzenta, pesquisa manual de referências ou contacto com autores, em conformidade com os critérios definidos previamente.

A construção da estratégia de pesquisa baseou-se nos elementos do modelo PCC (Population, Concept, Context), previamente definidos, operacionalizados através da combinação de descritores controlados (como MeSH e termos equivalentes) e termos livres. Esta abordagem visou maximizar a sensibilidade da pesquisa e assegurar a identificação do maior número possível de estudos potencialmente relevantes para a questão de revisão.

No que respeita ao conceito de estigma, a estratégia integrou termos como stereotyping, stigmatization, stigma, social stigma e prejudice. Para o domínio da saúde mental, foram utilizados termos como mental health, mental disorders e mental illness. Relativamente à população, a pesquisa incluiu termos associados a profissionais de saúde, designadamente health personnel, health care professionals e healthcare providers. O conceito de intervenção foi operacionalizado através de termos como health promotion, health education, health literacy, intervention e program.

Em cada base de dados, os conjuntos de termos foram inicialmente pesquisados de forma independente e posteriormente combinados através de operadores booleanos, utilizando a lógica S1 AND S2 AND S3 AND S4, de modo a assegurar que os resultados finais integrassem simultaneamente os diferentes domínios conceptuais definidos. As estratégias de pesquisa foram adaptadas às especificidades de cada base de dados, tendo em consideração os respetivos sistemas de indexação, campos de pesquisa e sintaxe própria.

A pesquisa foi realizada a 15 de outubro de 2025, não tendo sido aplicadas restrições temporais ou linguísticas. O número de resultados obtidos após a combinação final dos termos variou entre as diferentes bases de dados, refletindo a abrangência e especificidade de cada fonte.

Todos os registos identificados foram exportados para o *software* Rayyan®, onde se procedeu à deteção e remoção de duplicados e à subsequente triagem, conforme descrito na secção relativa ao processo de seleção dos estudos. As estratégias de pesquisa completas, incluindo as expressões utilizadas em cada base de dados e o número de resultados obtidos, encontram-se apresentadas em anexo, assegurando a replicabilidade do processo.

4.5. Seleção e triagem dos estudos (PRISMA-ScR).

O processo de seleção dos estudos decorreu em várias etapas sequenciais e sistematizadas, conforme ilustrado no fluxograma PRISMA-ScR (Figura 1). Inicialmente, procedeu-se à identificação dos registos através da pesquisa em bases de dados eletrónicas, tendo sido obtidos 3.359 registos. Após a remoção de 1.194 duplicados, permaneceram 2.165 estudos para a fase de triagem por título e resumo.

A triagem dos títulos e resumos foi realizada em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, assegurando a seleção de estudos alinhados com a população, conceito e contexto (PCC) da presente *Scoping review*. A seleção e triagem dos estudos foram conduzidas pelo investigador principal. Sempre que surgiram dúvidas quanto à elegibilidade dos estudos ou necessidade de clarificação dos critérios de inclusão e exclusão, as decisões foram discutidas com as orientadoras, até obtenção de consenso.

A triagem foi realizada por dois revisores de forma independente, sendo as discordâncias resolvidas por consenso e, quando necessário, com intervenção de um terceiro revisor.

Nesta fase, foram excluídos 2.082 registos, por não cumprirem os critérios estabelecidos, nomeadamente por não abordarem intervenções anti estigma, não incluírem profissionais de saúde como população-alvo principal ou não apresentarem dados empíricos decorrentes da implementação de intervenções.

Os estudos considerados potencialmente elegíveis ($n = 83$) foram posteriormente submetidos a leitura integral, com vista à confirmação da sua adequação ao âmbito da revisão. Durante esta fase, não se verificaram perdas por indisponibilidade do texto completo, tendo sido possível proceder à avaliação integral de todos os artigos selecionados.

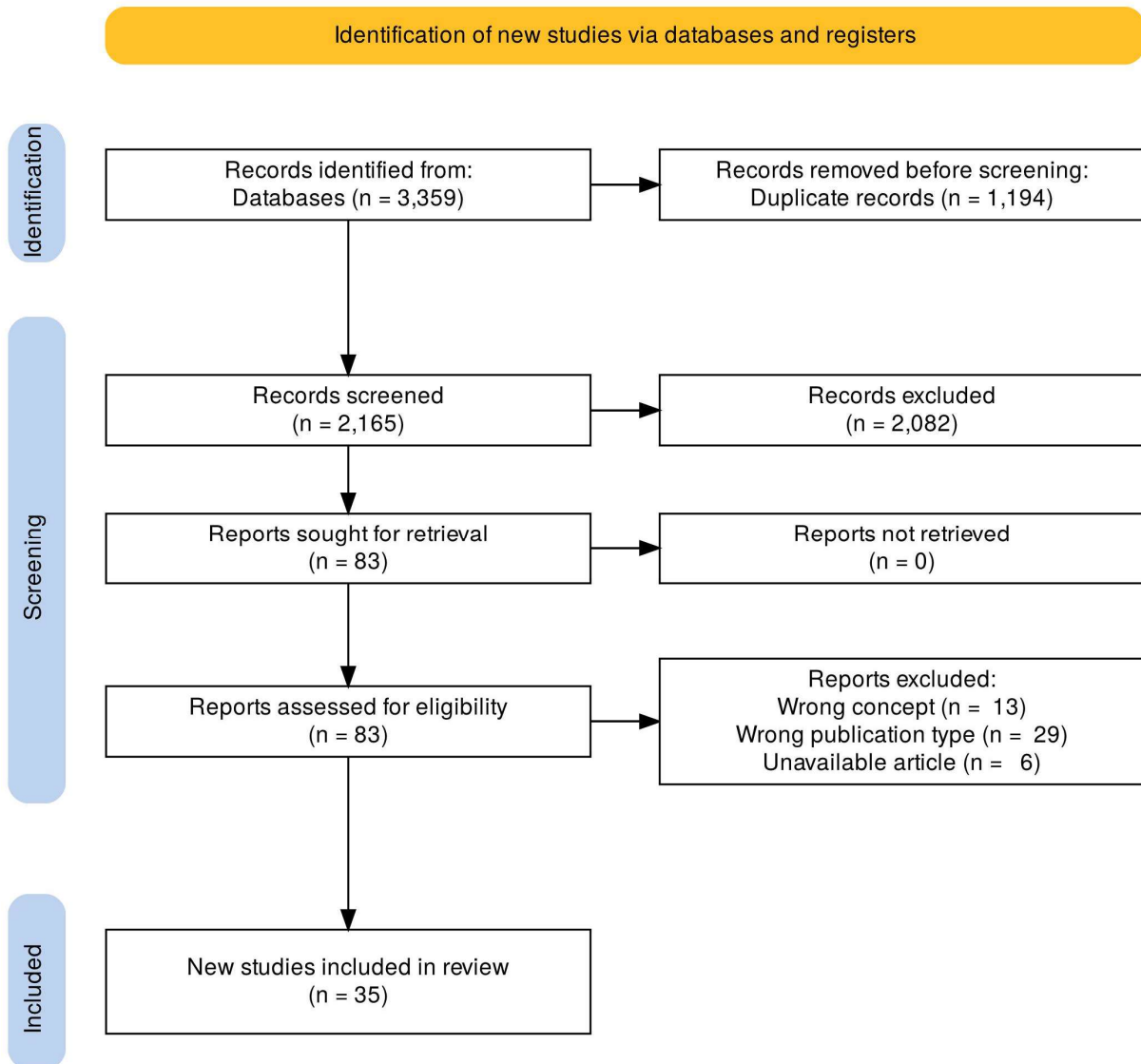


Figura 1 - PRISMA ScR

Na etapa de elegibilidade, foram excluídos 48 estudos, com base em critérios previamente definidos. Em situações em que os estudos se encontravam desenquadrados relativamente a mais do que um elemento do modelo PCC, foi atribuída uma razão principal de exclusão, privilegiando-se o conceito (intervenções implementadas), seguido da população e do contexto, de acordo com a sua relevância para a questão de investigação.

Entre os estudos excluídos por inadequação do conceito ($n = 13$), inclui-se o estudo *Structural stigma in healthcare: A novel eLearning course*, de Sukhera et al., por avaliar uma intervenção centrada no desenvolvimento de conhecimentos e reflexão crítica sobre estigma estrutural, sem avaliação direta da redução do estigma associado à saúde mental na prática profissional nem possibilidade de atribuição específica do impacto aos profissionais de saúde. Foram igualmente excluídos estudos que, embora relacionados com saúde mental, não tinham como objetivo central a redução do estigma, como o estudo *Enhancing Nurses'*

Capacity to Provide Concurrent Mental Health and Substance Use Disorder Care, de Jenkins et al., centrado no desenvolvimento de competências clínicas.

No que respeita ao tipo de publicação (n = 29), foram excluídos estudos que não apresentavam dados empíricos resultantes da implementação de intervenções, incluindo protocolos de estudo, artigos conceptuais e estudos observacionais sem intervenção. Entre estes, destacam-se os protocolos *Intervention against the stigmatization of men with eating disorders in primary care (iSMESH)*, de Lehe et al., e *Impact of a videoconference-based educational programme for the management of concurrent disorders on nurses' competencies and clinical practice*, de Chicoine et al., bem como artigos conceptuais como *Mental illness stigma: Strategies to address a barrier to care*, de Conklin, e *Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care*, de Ungar, Knaak e Szeto. Foram ainda excluídos estudos observacionais, como *Contact Reduces Substance Use Stigma through Bad Character Attributions, especially for US Healthcare Professionals*, de Hamilton et al., por não avaliarem intervenções implementadas.

Adicionalmente, foram excluídos estudos que, embora descrevessem intervenções, não permitiam a extração de dados específicos relativos aos profissionais de saúde, como o estudo *Lived Experience Performance to Reduce Stigma, Enhance Understanding of Gambling Harm and Change Attitudes and Behaviours of Professionals and Community Members*, de Thomas et al., que apresentava resultados agregados. Foram também excluídos estudos baseados em cenários hipotéticos, como *Staff Attitudes Towards Individuals with Borderline Personality Disorder: Can Formulation Reverse the Stigma?*, de Holroyd e Beazley, por não envolverem a implementação de intervenções em contexto real de prática profissional.

Foram igualmente excluídos estudos secundários de síntese da evidência, incluindo revisões sistemáticas, revisões integrativas e meta-análises, como *Anti-stigma initiatives for mental health professionals—A systematic literature review*, de Knaak et al., *A systematic review of stigma interventions for providers who treat patients with substance use disorders*, de van Boekel et al., e *Interventions to Reduce Mental Health Stigma Among Health Care Professionals in Primary Health Care: A Systematic Review and Meta-Analysis*, de Chávez et al., entre outros, por não cumprirem o critério de inclusão de estudos primários.

Durante a fase de leitura integral, alguns estudos não puderam ser avaliados por indisponibilidade do texto completo após tentativas de obtenção em bases de dados e repositórios institucionais. A exclusão destes estudos (n = 6) deveu-se exclusivamente à impossibilidade de acesso ao texto integral, não tendo sido possível proceder à sua avaliação detalhada segundo os critérios PCC definidos. Entre estes incluem-se *Advocacy to Reduce the Stigma: Intervention Project for Nurses*, de Greene, *Antistigma-Kompetenz in der*

psychiatrischen Versorgung, de Zäske et al., e Ameliorating Patient Stigma Amongst Staff Working With Personality Disorder, de Clarke et al., entre outros.

Após este processo rigoroso de seleção e aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos 35 estudos primários na presente *Scoping review*, constituindo a base para a extração e análise dos dados apresentados nos subcapítulos seguintes.

4.6. Extração e análise dos dados.

A extração de dados dos estudos incluídos foi realizada de forma sistemática e estruturada, com base numa grelha previamente definida e operacionalizada na plataforma Rayyan. Esta grelha foi construída de acordo com os objetivos da presente *Scoping review* e alinhada com o modelo PCC (População, Conceito e Contexto), permitindo a recolha consistente de informação relevante para a caracterização das intervenções ante estigma dirigidas a profissionais de saúde.

Para cada um dos 35 estudos incluídos, foram extraídos dados relativos a cinco dimensões principais: características do estudo, população, características da intervenção, avaliação do estigma e aspetos de implementação. No domínio das características do estudo, foram recolhidas informações sobre autor(es), ano de publicação, país, desenho do estudo e ambiente de cuidados. Relativamente à população, foram registados dados sobre a população-alvo, categoria profissional, número de participantes, critérios de inclusão e exclusão e possibilidade de estratificação dos resultados.

No que respeita às intervenções, foram extraídos dados detalhados sobre a natureza da intervenção, número de sessões, duração, formato (presencial, online ou híbrido), modalidade de implementação (individual ou grupal), enquadramento teórico e componentes constituintes. A avaliação do estigma incluiu a identificação dos instrumentos utilizados, tipo de estigma avaliado, existência de follow-up, indicação de redução do estigma e principais resultados reportados. Por fim, foram também recolhidos dados sobre aspetos de implementação, nomeadamente aceitabilidade/viabilidade, barreiras e elementos facilitadores.

A extração foi conduzida com base na informação explicitamente reportada em cada estudo, não tendo sido realizadas inferências ou estimativas quando os dados não estavam disponíveis. Nos casos em que determinada informação não era reportada, esta foi mantida como “não reportado”, assegurando a fidelidade ao conteúdo original dos estudos.

Após a extração, os dados foram sujeitos a um processo de verificação e uniformização terminológica, com o objetivo de garantir consistência entre os diferentes

estudos. Este processo incluiu a harmonização de designações equivalentes (por exemplo, variações na descrição de componentes das intervenções ou categorias profissionais), bem como a eliminação de redundâncias entre campos, assegurando que cada variável refletia exclusivamente a dimensão a que se destinava.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, recorrendo a uma abordagem de síntese narrativa quantitativamente informada. Foram efetuadas contagens absolutas (n) e, quando aplicável, análise da distribuição dos estudos por categorias relevantes, nomeadamente país, tipo de desenho metodológico, características das intervenções (incluindo número de sessões, formato e componentes) e aspetos relacionados com a avaliação do estigma.

A organização e apresentação dos dados foram efetuadas através de tabelas estruturadas, correspondentes às diferentes dimensões analisadas, permitindo uma visualização sistemática e comparável dos estudos incluídos. Estas tabelas constituíram a base para a análise subsequente e para a elaboração da síntese narrativa apresentada na secção seguinte.

Este processo de extração e análise permitiu uma caracterização abrangente e rigorosa das intervenções ante estigma dirigidas a profissionais de saúde, assegurando a transparência metodológica e a robustez da síntese produzida.

4.7. Apresentação dos resultados

Neste subcapítulo apresentam-se os resultados da presente *Scoping review*, organizados de forma a permitir uma leitura integrada dos estudos incluídos, da sua distribuição geográfica e temporal, das características dos contextos de implementação, dos tipos de intervenções ante estigma avaliadas, da evidência sobre eficácia e dos principais vazios de conhecimento identificados na literatura. A descrição que se segue encontra-se articulada com as tabelas apresentadas nos Apêndices VI a IX.

4.7.1. Caracterização dos estudos incluídos

A caracterização dos estudos incluídos, ao nível temporal, geográfico, metodológico e dos contextos de implementação, encontra-se sumariada no Apêndice V - Características dos estudos incluídos.

Os 35 estudos incluídos foram publicados entre 2009 e 2025, verificando-se uma concentração mais marcada da produção científica no período mais recente, em particular

entre 2021 e 2025 ($n = 17$). O ano com maior número de publicações foi 2021 ($n = 5$), seguido de 2022 ($n = 4$). Os anos de 2014, 2017, 2019, 2020 e 2023 apresentaram três estudos cada ($n = 3$). Os anos de 2015, 2018 e 2024 surgem representados por dois estudos cada ($n = 2$), enquanto 2009 e 2016 contam com um estudo cada ($n = 1$).

Do ponto de vista geográfico, os estudos foram conduzidos em 19 países, incluindo um estudo multinacional realizado em França, Bulgária e Polónia. A maior concentração verificou-se nos Estados Unidos da América ($n = 8$) e no Canadá ($n = 6$). Seguem-se a Austrália ($n = 3$) e o Nepal ($n = 3$), enquanto o Reino Unido surge com 2 estudos ($n = 2$). Os restantes países estão representados por um estudo cada ($n = 1$), nomeadamente Portugal, Espanha, Alemanha, Países Baixos, Suécia, Suíça, Itália, Índia, China, Japão, Sri Lanka, Etiópia, África do Sul, Brasil, Irlanda, Singapura, Turquia e Nigéria. Em termos continentais, observou-se predominância da América do Norte ($n = 14$), seguida da Ásia ($n = 9$) e da Europa ($n = 8$), com menor representação da Oceânia ($n = 3$), África ($n = 2$) e América do Sul ($n = 1$).

A distribuição por contexto de implementação mostra que os estudos se concentraram sobretudo em cuidados de saúde primários ($n = 14$) e em serviços ou instituições de saúde mental ($n = 10$). Seguem-se os contextos de hospital, urgência ou maternidade ($n = 4$), farmácias comunitárias ($n = 3$), contexto comunitário ou público ($n = 1$), contexto misto ($n = 1$) e não especificado ($n = 2$). Nos cuidados de saúde primários, os estudos distribuíram-se por Estados Unidos da América ($n = 3$), Nepal ($n = 3$), Canadá ($n = 2$), França, Bulgária e Polónia ($n = 1$), Nigéria ($n = 1$), Sri Lanka ($n = 1$), Malásia ($n = 1$), Chile ($n = 1$) e Etiópia ($n = 1$). Esta distribuição corresponde a América do Norte ($n = 5$), Ásia ($n = 5$), África ($n = 2$), Europa ($n = 1$) e América do Sul ($n = 1$). Nos serviços ou instituições de saúde mental, os estudos realizaram-se em Estados Unidos da América ($n = 3$), Austrália ($n = 2$), Singapura ($n = 1$), China ($n = 1$), Turquia ($n = 1$), Portugal ($n = 1$) e Países Baixos ($n = 1$), distribuindo-se por Ásia ($n = 3$), América do Norte ($n = 3$), Oceânia ($n = 2$) e Europa ($n = 2$). Os estudos em contextos hospitalares, de urgência e maternidade ocorreram no Canadá ($n = 2$), na Irlanda ($n = 1$) e no Reino Unido ($n = 1$), correspondendo a América do Norte ($n = 2$) e Europa ($n = 2$). As farmácias comunitárias surgem no Japão ($n = 1$), nos Estados Unidos da América ($n = 1$) e na Austrália ($n = 1$), o que corresponde a Ásia ($n = 1$), América do Norte ($n = 1$) e Oceânia ($n = 1$). O estudo em contexto comunitário ou público foi realizado no Canadá ($n = 1$), enquanto o estudo de contexto misto ocorreu em Espanha ($n = 1$). Os dois estudos com contexto não especificado foram realizados nos Estados Unidos da América ($n = 1$) e no Canadá ($n = 1$).

Ao nível do desenho metodológico, os estudos repartem-se por 15 estudos randomizados, 8 estudos quasi-experimentais, 7 estudos pré-pós sem grupo de controlo e 5 estudos qualitativos, longitudinais ou de métodos mistos. Entre os estudos randomizados, coexistem desenhos por clusters, multicêntricos ou *stepped wedge* e ensaios com

randomização individual, evidenciando uma diversidade metodológica relevante. Em vários casos, a escolha do desenho refletiu a necessidade de operacionalizar intervenções em contexto real de prática profissional, com limitações práticas ao nível da randomização e da comparação entre grupos.

4.7.2. Tipos de intervenções e programas

As características das intervenções, incluindo número de sessões, duração, formato, modalidade de implementação e componentes, encontram-se descritas de forma detalhada no Apêndice VI - Características das intervenções.

Relativamente ao número de sessões, identificam-se 19 intervenções de sessão única ($n = 19$), 12 intervenções com múltiplas sessões ($n = 12$) e 4 estudos em que o número de sessões não foi reportado ($n = 4$). Entre as intervenções com múltiplas sessões, o número varia entre 2 e 14 sessões, sendo mais frequente a organização em 2 a 4 sessões. Em alguns estudos, o número de sessões foi diferenciado por grupo profissional ou por contexto de aplicação, o que reforça a heterogeneidade estrutural das intervenções.

A duração das intervenções variou entre menos de 5 minutos e 85 horas, incluindo ainda formatos expressos em dias ou distribuídos ao longo de semanas, meses ou anos. A maioria das intervenções concentra-se, contudo, em formatos de curta a média duração, frequentemente entre 20 minutos e 4 horas. Esta amplitude temporal reflete a diversidade de modelos de implementação, desde ações breves e pontuais até programas formativos mais prolongados.

No que respeita ao formato, observam-se 25 intervenções presenciais, 6 intervenções não presenciais, 1 intervenção de formato misto e 3 estudos sem informação suficientemente clara sobre o formato. As intervenções não presenciais incluem formatos online, assíncronos ou baseados em e-mail, frequentemente com componente de autoaprendizagem. Em termos de modalidade, identificam-se 27 intervenções grupais, 7 intervenções individuais e 1 estudo sem indicação clara quanto a esta dimensão. A articulação entre formato e modalidade evidencia padrões distintos. Entre as intervenções grupais, a grande maioria foi realizada em formato presencial, correspondendo a 23 estudos. Apenas 1 intervenção grupal foi mista e 1 intervenção decorreu em formato não presencial, enquanto 2 estudos não especificaram claramente esta informação. No caso das intervenções individuais, verifica-se predominância de formatos não presenciais, com 5 estudos a utilizarem esta modalidade. Apenas 1 intervenção individual foi presencial e 1 estudo não apresentou informação suficientemente clara. O único estudo sem indicação de modalidade individual ou grupal foi implementado em formato presencial.

Quanto aos componentes, 8 intervenções (n = 8) foram exclusivamente teóricas, 19 intervenções (n = 19) integraram componente teórica associada a contacto social e 8 intervenções (n = 8) adotaram abordagens multimodais. Estas últimas incluem simulação, role-play, realidade virtual, teatro, treino de competências, campanhas visuais e estratégias reflexivas. Em alguns casos, as intervenções basearam-se em programas estruturados como o mhGAP, isto é, Mental Health Gap Action Programme, da OMS, adaptado ao contexto local. O contacto social surge, assim, como um componente particularmente recorrente, embora com diferentes modalidades de operacionalização.

4.7.3. Evidência sobre eficácia e resultados

A evidência relativa à eficácia das intervenções, incluindo os instrumentos utilizados, os tipos de estigma avaliados, a existência de follow-up e os principais resultados, encontra-se apresentada de forma sistematizada no Apêndice VII - Avaliação do estigma e principais resultados.

Os estudos utilizaram uma ampla variedade de instrumentos de avaliação. As escalas mais frequentes foram a *Social Distance Scale* (SDS) / *Modified Bogardus Social Distance Scale* (n = 13), a *Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC e variantes) (n = 7), a *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* (MICA e variantes) (n = 7) e o *Attribution Questionnaire* (AQ-9 / AQ-20 / AQ-27) (n = 5).

Com menor frequência, foram utilizados o *Reported and Intended Behaviour Scale* (RIBS) (n = 3), a *Mental Illness Stigma Scale* (MISS) (n = 2), a *Mental Illness Attitude Scale* (MIA) (n = 2) e o *Implicit Association Task* (IAT) (n = 2).

Os restantes instrumentos foram identificados apenas num estudo cada, incluindo o *Mental Health Knowledge Schedule* (MAKS), o *Attitudes to Mental Illness Questionnaire* (AMIQ), a *Depression Attitude Questionnaire* (DAQ), a *Dementia Negative Stereotype Scale* (D-NS), a *Dementia Clinical Confidence Scale* (D-CO), o *Stigma Scale towards Schizophrenia for Community Pharmacists* (SSCP), a *Semantic Differential Scale of Beliefs and Attitudes towards Mental Health Service Users' Rights* (BAMHS), a *Community Attitudes Towards Mental Illness* (CAMI), o *Health Professionals' Attitudes Towards People with a Mental Disorder Diagnosis Scale* (EAPS-TM), o *Humane Treatment Behaviors in Health Care Personnel Scale* (ECTH-PS), o *Brief Mental Illness Attitudes Scale* (BMIA), o *Continuum Beliefs Questionnaire* (CBQ), a *Day's Mental Illness Stigma Scale* (DMISS), a *Recovery Assessment Scale* (RAS), a *Recovery Self-Assessment – Revised* (RSA-R), uma *Recovery Knowledge Inventory*, uma *Competence Assessment Instrument*, itens derivados do *General Social Survey*, o *Error Choice Test* (EC), a *Awareness Questionnaire* (AwQ), uma *Personal*

Stigma Scale, uma *Characteristics Scale*, uma *Affective Reaction Scale* e instrumentos específicos para o *mhGAP*, autismo e perturbação da personalidade borderline, bem como questionários desenvolvidos ou adaptados para estudos específicos.

Em dois estudos, a avaliação do estigma foi realizada predominantemente através de métodos qualitativos, recorrendo a entrevistas semiestruturadas e análise temática.

Relativamente aos tipos de estigma mais frequentemente avaliados, destacam-se as atitudes estigmatizantes, avaliadas em 29 estudos, e a distância social, avaliada em 22 estudos. Seguem-se as crenças negativas ou estereotipadas, presentes em 8 estudos, as dimensões relacionadas com divulgação, procura de ajuda ou auto-divulgação, observadas em 6 estudos, e o estigma implícito, avaliado em 4 estudos. Com menor frequência surgiram ainda o conhecimento relacionado com o estigma, a confiança clínica, a discriminação, a empatia, a auto-divulgação e as crenças sobre recuperação. Em vários estudos, múltiplas dimensões foram avaliadas em simultâneo, permitindo uma leitura mais abrangente do impacto das intervenções.

No que respeita aos resultados, 27 estudos ($n = 27$) reportaram redução estatisticamente significativa do estigma em pelo menos um desfecho, enquanto 6 estudos ($n = 6$) apresentaram resultados não significativos ou mistos. Em 2 estudos ($n = 2$) não se observou redução consistente do estigma. A avaliação de follow-up foi incluída em 19 estudos ($n = 19$). Desses, 12 estudos ($n = 12$) evidenciaram manutenção total ou parcial dos efeitos favoráveis, 4 estudos ($n = 4$) não demonstraram manutenção consistente e 3 estudos ($n = 3$) mostraram reversão ou retorno aos valores basais em pelo menos um indicador. O intervalo de follow-up variou entre 1 e 24 meses, sendo mais frequentes avaliações entre 3 e 6 meses.

Em termos descritivos, os resultados mostram que várias intervenções produziram reduções imediatas do estigma, com diferentes graus de manutenção ao longo do tempo. Em alguns estudos, os efeitos positivos mantiveram-se em avaliações subsequentes. Noutros, verificou-se atenuação progressiva ou reversão parcial dos ganhos, sobretudo quando o follow-up foi mais prolongado ou quando a intervenção não foi reforçada ao longo do tempo.

4.7.4. Lacunas na evidência

As lacunas na evidência, incluindo os aspetos relacionados com a implementação, encontram-se elencadas no Apêndice VIII - Aspetos de implementação. A leitura integrada dos estudos mostra que a componente de implementação não foi reportada com a mesma consistência em toda a amostra, sendo por isso um domínio em que subsiste alguma variabilidade na profundidade de descrição. Ainda assim, os dados disponíveis permitem

identificar um conjunto relativamente estável de aspetos que atravessam os estudos incluídos, nomeadamente a aceitabilidade das intervenções, as barreiras à sua operacionalização e os elementos que facilitaram a sua concretização em contexto real.

No que respeita à aceitabilidade e viabilidade, vários estudos descrevem as intervenções como bem recebidas pelos participantes, tanto em formato presencial como não presencial. Esta apreciação surge associada à perceção de relevância do conteúdo, à utilidade prática dos temas abordados e, em alguns casos, ao reconhecimento de que as intervenções contribuíam para tornar mais visíveis experiências e perspetivas que habitualmente não ocupam um lugar central na formação ou na prática clínica. Em alguns estudos, a viabilidade é também refletida em indicadores como adesão, conclusão da intervenção, participação nas sessões e disponibilidade para recomendar ou repetir a experiência. Nos formatos mais curtos e estruturados, a aceitabilidade aparece frequentemente relacionada com a clareza dos objetivos, com a brevidade da intervenção e com a integração em contextos já existentes de formação ou desenvolvimento profissional. Nos estudos com modalidades mais prolongadas ou mais exigentes do ponto de vista logístico, a aceitabilidade manteve-se globalmente positiva, embora por vezes acompanhada de observações sobre a necessidade de ajustar duração, horários ou modo de entrega para melhor adequação ao quotidiano profissional.

Quanto às barreiras relatadas, a literatura incluída aponta de forma recorrente para constrangimentos de ordem organizacional e operacional. Entre os aspetos mais frequentemente referidos encontram-se a limitação de tempo dos profissionais, a dificuldade em conciliar a participação com a carga assistencial, a necessidade de libertação de serviço, a dependência de agendas institucionais e a insuficiência de recursos humanos para apoiar a implementação. Em estudos com componente presencial, surgem ainda barreiras relacionadas com a necessidade de deslocação, a gestão de horários e a articulação entre diferentes turnos ou equipas. Nos formatos não presenciais, as dificuldades prendem-se mais com o acesso digital, com a adesão contínua e com a necessidade de garantir envolvimento efetivo ao longo do processo. Em alguns contextos, especialmente quando as intervenções exigiam participação de pessoas com experiência vivida, surgiram também desafios associados à coordenação entre facilitadores, à preparação dos materiais e à sustentação da participação ao longo do tempo. Em certos estudos, a própria heterogeneidade dos contextos profissionais foi descrita como um fator que exigiu adaptação da intervenção ao perfil dos participantes, ao que se junta a necessidade de enquadramento institucional para assegurar a sua operacionalização.

Em contraste, os elementos facilitadores surgem associados a estratégias que aumentaram a exequibilidade e a integração das intervenções no contexto de trabalho. O

apoio institucional e o envolvimento das lideranças aparecem como fatores particularmente relevantes, sobretudo quando a intervenção foi incorporada em programas de formação, em iniciativas de educação contínua ou em projetos já existentes no serviço. A flexibilidade na organização da intervenção, a possibilidade de adaptação ao contexto local e a utilização de formatos curtos ou modulares foram igualmente referidas como facilitadores importantes. Em vários estudos, a presença de contacto social com pessoas com experiência vivida funcionou não apenas como componente de conteúdo, mas também como elemento facilitador da reflexão, da adesão e da valorização do programa pelos participantes. Acresce ainda a importância da qualidade da facilitação, da clareza dos materiais, da adequação da linguagem e da perceção de utilidade para a prática clínica, aspetos que contribuíram para uma receção positiva das intervenções. Nos estudos em que foi reportada viabilidade, esta surgiu frequentemente associada à possibilidade de implementação em contexto real sem exigir alterações estruturais profundas ao serviço, o que reforça o interesse destas intervenções enquanto estratégias potencialmente adaptáveis a diferentes ambientes assistenciais.

Em conjunto, a análise dos aspetos de implementação evidencia a presença de barreiras e de elementos facilitadores, reportados de forma variável nos diferentes estudos e contextos.

4.8. Discussão de resultados

A presente revisão de âmbito permitiu identificar, nos estudos incluídos, um conjunto diversificado de intervenções dirigidas à redução do estigma associado à saúde mental entre profissionais de saúde. De forma consistente, os resultados evidenciam o predomínio de intervenções educativas, frequentemente combinadas com estratégias de contacto social, bem como a emergência de abordagens inovadoras baseadas em tecnologias digitais. Esta distribuição, observada nos estudos analisados, encontra-se alinhada com a literatura internacional, que identifica as intervenções educativas, as intervenções baseadas no contacto e as intervenções multicomponentes como os principais modelos de intervenção neste domínio.

A análise dos estudos incluídos permite agrupar as intervenções em três tipologias principais: intervenções educativas, intervenções baseadas no contacto com pessoas com experiência vivida e intervenções multicomponentes. No que se refere às intervenções educativas, os resultados evidenciam efeitos positivos ao nível do aumento do conhecimento e da modificação de atitudes estigmatizantes, sobretudo em avaliações imediatamente após a intervenção. De acordo com Wong et al. (2024), este tipo de intervenção demonstra eficácia particularmente na alteração de atitudes. Contudo, nos estudos incluídos nesta revisão, verifica-se que estes efeitos tendem a apresentar menor magnitude e nem sempre se mantêm

ao longo do tempo, o que limita a sua eficácia quando implementados de forma isolada. Em consonância, Thornicroft et al. (2016) salientam que as intervenções educativas produzem, maioritariamente, efeitos de curto prazo, com evidência limitada ao nível da mudança comportamental sustentada.

Relativamente às intervenções que integram contacto direto ou indireto com pessoas com experiência vivida de doença mental, os estudos incluídos evidenciam resultados mais consistentes na redução da distância social e das atitudes estigmatizantes. Os resultados apontam para o contacto com pessoas com experiência vivida como um mecanismo relevante na humanização da experiência da doença mental, promovendo empatia e contribuindo para a desconstrução de estereótipos. Esta interpretação é sustentada por Thornicroft et al. (2016), que identificam o contacto social como uma das estratégias mais eficazes na redução do estigma, e por (Knaak et al., 2014), que destacam a importância da integração de narrativas de recuperação e de múltiplas formas de interação. Ainda assim, os resultados da presente revisão indicam que a superioridade destas intervenções não é consistente em todos os estudos, sugerindo que a sua eficácia depende da forma como o contacto é estruturado, contextualizado e integrado no processo formativo.

As intervenções multicomponentes, identificadas em vários dos estudos incluídos, configuram-se como abordagens mais abrangentes, ao integrarem componentes educativos, contacto social e desenvolvimento de competências clínicas. Nos estudos analisados, estas intervenções tendem a evidenciar impactos simultâneos ao nível do conhecimento, das atitudes e dos comportamentos, sendo também aquelas que apresentam maior potencial de manutenção dos efeitos ao longo do tempo. Como evidenciado por Zhamaliyeva et al. (2025), as intervenções que incluem componentes de contacto e múltiplos elementos tendem a apresentar efeitos mais robustos na redução do estigma. Esta evidência é coerente com os resultados dos estudos incluídos, nos quais as intervenções multicomponentes demonstram impactos mais abrangentes.

Para além destas tipologias, os estudos incluídos evidenciam igualmente a emergência de intervenções inovadoras, nomeadamente baseadas em vídeo, plataformas digitais e realidade virtual. Estas abordagens apresentam vantagens relevantes ao nível da acessibilidade, da escalabilidade e da adaptação a contextos clínicos caracterizados por limitações de tempo. No entanto, os resultados observados são heterogéneos, sendo frequentemente reportados efeitos de pequena magnitude ou de curta duração. Wong et al. (2024) referem que a eficácia destas intervenções depende da integração de componentes ativos, enquanto Thornicroft et al. (2016) sublinham limitações associadas à sustentabilidade dos efeitos ao longo do tempo.

Os resultados da presente revisão evidenciam ainda que a eficácia das intervenções é influenciada por fatores contextuais e organizacionais. Nos estudos incluídos, foram identificadas barreiras como a pressão assistencial, a limitação de tempo e a escassez de recursos, que condicionam a implementação das intervenções. Neste sentido, Zhamaliyeva et al. (2025) referem que constrangimentos estruturais e contextuais, como restrições de tempo, ausência de suporte institucional e elevada rotatividade de profissionais, podem comprometer a eficácia e a escalabilidade das intervenções. Por outro lado, a adaptação das intervenções ao contexto específico de implementação surge como um facilitador relevante, sendo consistente com a necessidade de adequar os programas ao público-alvo e às características do contexto de aplicação Knaak et al. (2014). Adicionalmente, a inclusão de pessoas com experiência vivida constitui, nos estudos analisados, um elemento facilitador central na redução do estigma, tal como supracitado neste subcapítulo

No que respeita à avaliação dos resultados, os estudos incluídos nesta revisão evidenciam uma predominância de medidas de estigma explícito, nomeadamente atitudes e distância social. Thornicroft et al. (2016) salientam a escassez de estudos que avaliem mudanças comportamentais em contexto clínico real, o que se confirma na presente revisão. Adicionalmente, a heterogeneidade dos instrumentos utilizados e a variabilidade dos períodos de avaliação dificultam a comparação entre estudos e a consolidação de evidência robusta. Zhamaliyeva et al. (2025) referem limitações metodológicas nos estudos analisados, nomeadamente a heterogeneidade dos desenhos e a variabilidade na avaliação dos resultados. Wong et al. (2024) acrescentam a necessidade de integrar indicadores centrados na pessoa e na experiência dos utentes.

Em síntese, os resultados dos estudos incluídos nesta revisão sugerem que as intervenções mais frequentemente associadas a resultados favoráveis na redução do estigma em profissionais de saúde são aquelas que combinam componentes educativos com contacto significativo com pessoas com experiência vivida e desenvolvimento de competências práticas, integradas em contextos organizacionais que favoreçam a sua implementação e sustentabilidade. Knaak et al. (2014) defendem que este tipo de abordagem integrada potencia mudanças mais profundas e sustentadas. Contudo, importa salientar, de forma crítica, que a evidência disponível permanece limitada, nomeadamente pela predominância de estudos de curto prazo, pelo recurso a medidas auto reportadas e pela escassez de avaliação de impacto em comportamentos clínicos reais. Thornicroft et al. (2016) reforçam a necessidade de investigação futura que permita avaliar a eficácia destas intervenções em contextos reais de prática clínica e em resultados centrados na pessoa.

Importa sublinhar que, pela natureza da *scoping review*, estes resultados descrevem padrões da literatura, não demonstrando eficácia comparativa entre intervenções.

5. Análise integrada dos resultados

Os resultados desta dissertação evidenciam que o estigma em saúde mental, no contexto da prática de enfermagem, constitui um fenómeno complexo e multifatorial, resultante da interação entre fatores individuais, formativos, relacionais e organizacionais. A articulação entre o estudo qualitativo e a *Scoping review* permite aprofundar esta compreensão, mostrando que as dimensões identificadas nos discursos dos participantes encontram correspondência na evidência científica disponível, embora com diferentes graus de ênfase, consistência e operacionalização.

Um dos eixos mais consistentes desta integração diz respeito à falta de formação específica e à importância da formação. No estudo qualitativo, os participantes evidenciam lacunas na preparação académica, sobretudo ao nível da articulação entre teoria e prática, o que se traduz em insegurança na prestação de cuidados. Esta perceção encontra forte apoio na *Scoping review*, na qual as intervenções educativas surgem como uma das estratégias mais frequentes para a redução do estigma associado à saúde mental entre profissionais de saúde. A maioria dos estudos incluídos combina componentes formativas com contacto social, sugerindo que a formação, quando associada à exposição a pessoas com experiência vivida de doença mental, tem maior potencial para produzir mudanças nas atitudes e nas intenções comportamentais. Assim, a formação assume um papel estruturante não apenas na transmissão de conhecimentos, mas também na construção de segurança profissional, na redução da ansiedade e na desconstrução de crenças estigmatizantes. No entanto, a revisão mostra igualmente que a manutenção dos ganhos ao longo do tempo é variável, o que reforça a importância de intervenções continuadas e não apenas pontuais, em consonância com a necessidade, expressa pelos participantes, de maior acompanhamento e supervisão.

A definição de doença mental e a perceção do estigma também se articulam de forma clara entre os dois estudos. No estudo qualitativo, a doença mental é frequentemente associada a fragilidade, diferença, sofrimento e dificuldade de adaptação, enquanto a presença do estigma é reconhecida como algo transversal aos contextos de cuidados. A *Scoping review* mostra que muitas intervenções procuram precisamente atuar sobre atitudes, estereótipos e distância social, o que indica que estas representações continuam a constituir alvos centrais de mudança. Ainda assim, a literatura tende a avaliar sobretudo atitudes gerais e distância social, com menor frequência na análise de dimensões mais finas da experiência profissional, o que limita a captação da complexidade expressa nos discursos dos participantes. Esta discrepância sugere que os instrumentos utilizados na investigação nem

sempre conseguem apreender a densidade simbólica e relacional da forma como os profissionais definem e percebem a doença mental.

A crença na maior perigosidade surge como uma das representações mais persistentes no estudo qualitativo, frequentemente associada à imprevisibilidade do comportamento. Esta ideia encontra também eco na literatura da *Scoping review*, uma vez que muitas intervenções visam precisamente reduzir estereótipos como a perigosidade, a imprevisibilidade e a distância social. No entanto, os resultados qualitativos mostram que esta associação é frequentemente relativizada pelos participantes, que distinguem entre fases de crise e de estabilidade e reconhecem a influência do contexto clínico. Esta nuance é particularmente importante, porque revela que, embora o estigma esteja presente, coexistem também leituras mais diferenciadas e contextualizadas da pessoa com doença mental. A integração entre os dois conjuntos de resultados permite, assim, perceber que a crença na maior perigosidade não é absoluta nem uniforme, sendo modulada pela experiência profissional, pelo contacto e pela formação.

A forma como o estigma se materializa na prática clínica, através da Manifestação do Estigma e da Discriminação e Rótulos, é outro ponto de forte convergência. No estudo qualitativo, o estigma emerge na forma de afastamento, recusa de cuidados, distanciamento emocional e atribuição de rótulos que eclipsam a individualidade da pessoa. A *Scoping review* confirma que as intervenções ante estigma têm como foco principal as atitudes e a distância social, mas também revela que há poucos estudos centrados em comportamentos efetivos no contexto da prática. Esta limitação é relevante, porque os discursos dos participantes mostram que o estigma não se restringe ao plano das representações, manifestando-se concretamente na relação clínica, na linguagem e no modo como o cuidado é organizado. A discrepância entre a prática descrita e a forma como a evidência é frequentemente medida sugere a necessidade de instrumentos mais sensíveis às dimensões relacionais do cuidado e à forma como os rótulos condicionam a individualização da resposta assistencial.

A Influência do Diagnóstico nos Cuidados constitui igualmente um eixo central de integração. Os participantes referem que o diagnóstico pode influenciar a abordagem, a linguagem e a preparação da interação, ainda que reconheçam que não deveria alterar a essência do cuidado. Esta percepção articula-se com a literatura, na qual o diagnóstico aparece frequentemente como um marcador antecipatório que condiciona a resposta profissional. A *Scoping review* mostra que várias intervenções procuram modificar precisamente estas tendências de categorização, promovendo uma visão mais centrada na pessoa. Contudo, o facto de muitos estudos avaliarem sobretudo mudanças nas atitudes, e não necessariamente na prática clínica concreta, limita a capacidade de demonstrar alterações sustentadas na forma como o diagnóstico influencia o cuidado. Neste sentido, a integração dos resultados

reforça a importância de ultrapassar uma lógica centrada apenas na mudança de conhecimento, avançando para intervenções que atuem também sobre a prática relacional e sobre as rotinas institucionais.

No que respeita à Compreensão das Limitações nos Autocuidados e à Capacidade de Tomada de Decisão, os resultados qualitativos mostram uma leitura contextualizada da funcionalidade da pessoa com doença mental. Os participantes reconhecem que a autonomia varia consoante o estado clínico, distinguindo entre períodos de estabilidade e de crise. Esta perspetiva é coerente com a evidência da *Scoping review*, na medida em que algumas intervenções procuram precisamente reforçar a compreensão clínica e a segurança dos profissionais no contacto com pessoas em diferentes momentos do seu percurso de doença. Ainda assim, a revisão revela que a maioria dos estudos avalia sobretudo atitudes, conhecimentos e distância social, sendo menos frequente a abordagem direta à participação da pessoa nas decisões sobre os seus cuidados. Esta lacuna é importante, porque a discussão qualitativa evidencia que o reconhecimento da autonomia e da capacidade de decisão é uma componente essencial da resposta não estigmatizante, particularmente quando associada ao respeito pela pessoa para além do diagnóstico.

O Medo ou Receio nos Cuidados aparece também como dimensão significativa. No estudo qualitativo, este receio surge sobretudo associado à insegurança profissional e à perceção de falta de preparação, mais do que a uma atitude de rejeição. A *Scoping review* ajuda a interpretar este dado, uma vez que grande parte das intervenções ante estigma parece justamente reduzir receio, aumentar confiança e melhorar a perceção de competência dos profissionais. Os estudos incluídos mostram que o contacto estruturado com a saúde mental, associado à formação, tende a diminuir o medo e a aumentar a disponibilidade para o cuidado. Assim, o receio identificado pelos participantes deve ser entendido não como recusa deliberada, mas como reflexo de uma formação insuficiente e de uma exposição limitada à realidade da saúde mental.

Os resultados evidenciam também a importância do contexto institucional, através da Desvalorização da Saúde Mental, do Reconhecimento das Dificuldades da Sociedade e do papel das organizações na reprodução ou mitigação do estigma. A *Scoping review* demonstra que as barreiras mais frequentes à implementação das intervenções são a falta de tempo, a sobrecarga assistencial e os constrangimentos organizacionais, enquanto o apoio institucional, a flexibilidade e o envolvimento das lideranças surgem como facilitadores. Esta evidência é particularmente congruente com o discurso dos participantes, que identificam a pressão assistencial e a cultura do serviço como elementos que influenciam as atitudes e práticas profissionais. Assim, a redução do estigma não pode ser pensada apenas ao nível

individual; exige também mudanças nas estruturas e nas dinâmicas organizacionais que enquadram a prestação de cuidados.

A Necessidade de Humanização nos Cuidados e a Importância da Empatia surgem como respostas éticas e relacionais ao estigma, tanto no estudo qualitativo como na literatura da *Scoping review*. Os participantes defendem uma abordagem centrada na pessoa, capaz de reconhecer o sofrimento para lá do diagnóstico, enquanto a revisão mostra que as intervenções mais promissoras incluem contacto social, reflexão e componentes relacionais que favorecem a humanização. A evidência disponível sugere que a combinação entre formação e contacto com pessoas com experiência vivida de doença mental favorece atitudes mais empáticas e reduz a distância social. Desta forma, a empatia emerge não apenas como atributo individual, mas como competência relacional que pode ser desenvolvida e fortalecida através de intervenções estruturadas.

Por fim, as Sugestões para Redução do Estigma formuladas pelos participantes alinham-se de forma clara com os resultados da *Scoping review*. Ambos os conjuntos de dados apontam para a formação inicial e contínua, o contacto com a realidade da saúde mental e a partilha de experiências como estratégias centrais de mudança. A revisão mostra que as intervenções mais frequentes são precisamente as educativas, muitas vezes combinadas com contacto social, e que estas tendem a produzir efeitos positivos na redução do estigma. Contudo, a heterogeneidade metodológica, a diversidade de instrumentos e a limitação do follow-up revelam que ainda há espaço para consolidar a evidência e reforçar a sustentabilidade dos efeitos. Assim, a integração dos resultados permite concluir que a redução do estigma exige uma abordagem articulada entre formação, experiência, contexto organizacional e continuidade das intervenções.

Em síntese, o estigma em saúde mental emerge como um fenómeno complexo, influenciado por fatores formativos, sociais, organizacionais e relacionais. A análise integrada dos resultados reforça a centralidade da Falta de Formação Específica, da Importância da Formação, da Perceção do Estigma, da Crença na Maior Perigosidade, da Manifestação do Estigma, da Influência do Diagnóstico nos Cuidados, da Necessidade de Humanização nos Cuidados e da Importância da Empatia na construção de cuidados mais equitativos e centrados na pessoa. Ao mesmo tempo, evidencia que a redução do estigma não depende apenas da mudança de atitudes individuais, mas também da transformação das práticas, das relações e das organizações em que os cuidados são prestados.

6. Conclusão

O presente estudo permitiu aprofundar a compreensão do estigma em saúde mental no contexto da prática de enfermagem, evidenciando a sua natureza complexa, multifatorial e profundamente enraizada em dimensões individuais, formativas, relacionais e organizacionais. A articulação entre o estudo qualitativo e a *Scoping review* revelou-se fundamental para uma leitura integrada do fenómeno, permitindo cruzar a experiência dos profissionais com a evidência científica disponível.

Os resultados evidenciam que a falta de formação específica constitui um dos principais fatores associados à construção e manutenção de atitudes estigmatizantes, sendo transversal aos discursos dos participantes e amplamente sustentada pela literatura. A importância da formação emerge, assim, como eixo estruturante na redução do estigma, não apenas ao nível da aquisição de conhecimentos, mas também na construção de segurança profissional, na redução do medo e na promoção de práticas mais adequadas e centradas na pessoa.

As representações associadas à doença mental, nomeadamente a crença na maior perigosidade e a perceção do estigma, evidenciam a persistência de construções sociais estigmatizantes, ainda que, em alguns casos, sejam relativizadas pelos profissionais em função da experiência e do contexto clínico. A forma como o estigma se manifesta na prática, através da manifestação do estigma, da discriminação e rótulos e da influência do diagnóstico nos cuidados, demonstra que este fenómeno não se limita ao plano das atitudes, inscrevendo-se de forma concreta na relação terapêutica e na qualidade dos cuidados prestados.

A análise integrada evidencia igualmente o papel determinante dos fatores organizacionais, nomeadamente a pressão assistencial, a falta de tempo e a cultura dos serviços, que podem favorecer ou dificultar práticas não estigmatizantes. Paralelamente, a necessidade de humanização nos cuidados e a importância da empatia surgem como dimensões centrais para a promoção de uma abordagem centrada na pessoa, contrariando a redução do indivíduo ao diagnóstico e reforçando a qualidade da relação terapêutica.

No que respeita às estratégias de redução do estigma, os resultados apontam de forma consistente para a necessidade de intervenções integradas que articulem formação, contacto com a realidade da saúde mental e partilha de experiências entre profissionais. A evidência científica sugere que intervenções que combinam componentes educativas com contacto

social apresentam associação recorrente com resultados positivos, embora a sustentabilidade dos seus efeitos ao longo do tempo ainda constitua um desafio.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. No âmbito do estudo qualitativo, destaca-se o reduzido número de participantes e a sua concentração geográfica, o que pode limitar a transferibilidade dos resultados para outros contextos. Ainda assim, a profundidade da análise permitiu uma compreensão rica e contextualizada do fenómeno, reforçada pela articulação com a evidência científica proveniente da *scoping review*.

Em termos de implicações para a prática de enfermagem, os resultados reforçam a necessidade de integrar a saúde mental de forma transversal na formação inicial e contínua dos profissionais, promover contextos organizacionais que favoreçam práticas humanizadas e investir em intervenções estruturadas e sustentadas ao longo do tempo. Entre as principais implicações práticas destacam-se o desenvolvimento de programas de formação contínua anti estigma, a promoção de supervisão clínica regular, a implementação de intervenções baseadas em contacto social estruturado e a avaliação do impacto destas estratégias em contextos reais de prática clínica. Para a investigação futura, torna-se relevante desenvolver estudos que avaliem o impacto das intervenções ao nível dos comportamentos e da prática clínica, bem como explorar estratégias que assegurem a manutenção dos efeitos a longo prazo.

Em síntese, o estigma em saúde mental constitui um desafio persistente na prática de enfermagem, exigindo abordagens integradas que articulem conhecimento, experiência, relação e contexto organizacional, com vista à promoção de cuidados mais equitativos, humanizados e centrados na pessoa.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS - FIFTH EDITION, TEXT REVISION - DSM-5-TR* (5^a ed.). American Psychiatric Association.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. Em *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4^a ed.). Edições 70.
- Busetto, L., Wick, W., & Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*, 2(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., L Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, 15(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change Defining Self-Stigma. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1489832/>
- Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, Diário da República n.º 240/2021, Série I de 2021-12-14 104 (2021).
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 249–258. <https://doi.org/10.1007/S00127-017-1341-9/TABLES/2>

- Guerrero, Z., Iruretagoyena, B., Parry, S., & Henderson, C. (2023). Anti-stigma advocacy for health professionals: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 33(3), 394–414. <https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2182421>
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural Stigma and Health Inequalities: Research Evidence and Implications for Psychological Science HHS Public Access. *The American Psychologist*, 71(8), 742–751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., Schulze, B., Druss, B., & Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 467–482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6/ATTACHMENT/94BBF194-9F60-4686-A53E-D903058810CD/MMC1.MP3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6/ATTACHMENT/94BBF194-9F60-4686-A53E-D903058810CD/MMC1.MP3)
- Jamshed, S. (2014). Qualitative research method-interviewing and observation. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 5(4), 87. <https://doi.org/10.4103/0976-0105.141942>
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). «Diagnostic overshadowing»: Worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169–171. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2008.01211.X>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., & Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*, 12(1), 62-. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-62/TABLES/3>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare_Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116.
- Knaak, S., Modgill, G., Scott, ;, & Patten, B. (2014). Key Ingredients of Anti-Stigma Programs for Health Care Providers: A Data Synthesis of Evaluative Studies. Em *The Canadian Journal of Psychiatry* (Vol. 59). www.TheCJP.ca
- Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 782–794. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2013.06.002>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward.

- Em *BMC Nursing* (Vol. 20, Número 1). BioMed Central Ltd.
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, (27), 363–385. www.annualreviews.org.
- Mendes, R. M., Rosana, •, Sguerra, G., & Resumo, M. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa*, 47(165), 1044–1066.
<https://doi.org/10.1590/198053143988>
- Moser, A., & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European Journal of General Practice*, 24(1), 9. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1).
<https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA. Em *Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210-.
<https://doi.org/10.1186/S13643-016-0384-4/FIGURES/6>
- Paulus, T. M., & Lester, J. N. (2016). ATLAS.ti for conversation and discourse analysis studies. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(4), 405–428.
<https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1021949>
- Porto Editora. (2025a). *Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa - estigma*.
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/estigma>
- Porto Editora. (2025b). *Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa - estigmatizar*.
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/estigmatizar>
- Porto Editora. (2025c). *Infopédia - Erving Goffman*. [https://www.infopedia.pt/artigos/\\$erving-goffman?intlink=true](https://www.infopedia.pt/artigos/$erving-goffman?intlink=true)
- Porto Editora. (2025d). *Infopédia - estigma (sociologia)*.
[https://www.infopedia.pt/artigos/\\$estigma-\(sociologia\)](https://www.infopedia.pt/artigos/$estigma-(sociologia))
- Rayan, A. (2024). Stigma of mental illness: a comparative study of demographic and cultural correlates among nursing students and registered nurses in Jordan. *BMC Nursing*, 23(1).
<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02616-2>

Regulamento n.º 356/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, Diário da República n.º 122/2015, Série II de 2015-06-25 (2015). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Regulamento n.º 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Regulamento n.º 1267/2023 Regulamento dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Viseu, Diário da República n.º 228/2023, Série II de 2023-11-24 323 (2023).

Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *Lancet*, 370(9590), 810–811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61245-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61245-8)

Simonelli-Muñoz, A. J., Jiménez-Rodríguez, D., Arrogante, O., Plaza del Pino, F. J., & Gallego-Gómez, J. I. (2023). Breaking the Stigma in Mental Health Nursing through High-Fidelity Simulation Training. *Nursing Reports*, 13(4), 1593–1606. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040132>

Stuart, H. (2016). Reducing the stigma of mental illness. *Global Mental Health*, 3, e17. <https://doi.org/10.1017/GMH.2016.11>

Suazo, I., Pérez-Fuentes, M. D. C., Jurado, M. D. M. M., Martínez, Á. M., Márquez, M. D. M. S., Martín, A. B. B., Sisto, M., & Linares, J. J. G. (2020). Moral sensitivity, empathy and prosocial behavior: Implications for humanization of nursing care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238914>

Tenny, S., Brannan, J. M., & Brannan, G. D. (2022, Setembro 18). *Qualitative Study*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6/ATTACHMENT/A6D5F844-776B-48F3-AF54-3E9EF824A23A/MMC1.PDF](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6/ATTACHMENT/A6D5F844-776B-48F3-AF54-3E9EF824A23A/MMC1.PDF)

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192–193. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.106.025791>

- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., el Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2/ASSET/61958125-39BA-4109-9993-19A88B202FDC/MAIN.ASSETS/GR5.JPG](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2/ASSET/61958125-39BA-4109-9993-19A88B202FDC/MAIN.ASSETS/GR5.JPG)
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850/SUPPL_FILE/M18-0850_SUPPLEMENT.PDF
- United States Centers for Disease Control and Prevention. (2025, Junho 9). *Mental Health Stigma*. https://www.cdc.gov/mental-health/stigma/index.html?utm_source=chatgpt.com
- United States National Library of Medicine. (2018). *MeSH Browser - Mental Health*. <https://meshb-prev.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D008603>
- United States National Library of Medicine. (2020). *MeSH Browser - Mental Disorders*. <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D001523>
- Wong, J. C. M., Chua, J. Y. X., Chan, P. Y., & Shorey, S. (2024). Effectiveness of educational interventions in reducing the stigma of healthcare professionals and healthcare students towards mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 80(10), 4074–4088. <https://doi.org/10.1111/jan.16127>
- World Health Organization. (2020). *A guide to preventing and addressing social stigma associated with COVID-19*. https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-19?utm_source=chatgpt.com
- World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025a). *ICD-11 - International Classification of Diseases 11th Revision*. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt#334423054>

World Health Organization. (2025b). *Mental health*. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Zhamaliyeva, L., Ablakimova, N., Batyrova, A., Veklenko, G., Grijbovski, A. M., Kudaibergenova, S., & Seksenbayev, N. (2025). Interventions to Reduce Mental Health Stigma Among Health Care Professionals in Primary Health Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Em *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 22, Número 9). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/ijerph22091441>

Entrevista - ____

Apêndices**Apêndice I - Questionário sociodemográfico****INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS****Dados Sociodemográficos****Objetivo:**

Recolher informações sociodemográficas essenciais dos participantes para contextualizar os resultados do estudo, sem comprometer o anonimato.

Instruções:

As respostas são voluntárias e serão tratadas de forma anónima e confidencial, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e legislação nacional aplicável. Estes dados destinam-se apenas a efeitos de análise e interpretação dos resultados do estudo.

Informação a recolher

Idade	_____ anos
Género	☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro ☐ Prefiro não dizer
Formação académica	☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Especialização ☐ Doutoramento ☐ Outro: _____
Ano de conclusão da formação em Enfermagem	_____
Área de especialização ou prática profissional	☐ Saúde Mental ☐ Cuidados Gerais ☐ Outra: _____
Tempo de experiência profissional	_____ anos
Tempo de experiência em saúde mental	_____ anos (☐ Não Aplicável
Área em que exerce funções	☐ Hospitalar: Serviço _____ ☐ Cuidados Primários ☐ Comunidade ☐ Outro: _____
Função ou cargo atual	_____
Participação prévia em formação sobre saúde mental	☐ Sim – especificar: _____ ☐ Não

Observação:

Os participantes têm o direito de não responder a qualquer uma das questões, sem qualquer consequência.

Apêndice II – Guião da entrevista semiestruturada
GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Seção / Tema	Questões / Perguntas Orientadoras	Dimensão predominante / Notas
Introdução	Explicação do estudo, anonimato, confidencialidade, pedido de consentimento para gravação.	Preparar o participante, estabelecer confiança
I. Perceções iniciais sobre a doença mental	1. Quando pensa em doença mental, o que lhe vem à mente? 2. De forma geral, como descreveria uma pessoa com doença mental?	Estereótipos (cognitivo)
II. Emoções e atitudes	3. Quando presta cuidados a uma pessoa com doença mental, sente medo ou receio? Em que situações? 4. Na sua opinião, as pessoas com doença mental são mais perigosas do que outras pessoas? Porquê?	Preconceito (emocional/atitudinal)
II. Diagnóstico e rotulagem	5. O que pensa ou sente quando sabe que um doente tem um diagnóstico de esquizofrenia? 6. Acha que o diagnóstico influencia a forma como presta cuidados ou se relaciona com a pessoa? Pode dar um exemplo?	Estereótipos + Preconceito
II. Autonomia e autocuidado	7. Quando cuida de uma pessoa com depressão, compreende que possa não conseguir realizar alguns autocuidados? Porquê? 8. Até que ponto as pessoas com doença mental são capazes de tomar decisões sobre os seus cuidados?	Estereótipos + Discriminação
V. Estigma e discriminação – Reconhecimento	9. Na sua opinião, existe estigma associado à doença mental nos serviços de saúde?	Consciência do estigma (transversal)
V. Manifestações do estigma	10. De que formas esse estigma se pode manifestar na prática de enfermagem? • Linguagem utilizada • Atitudes • Decisões nos cuidados • Distanciamento emocional • Menor envolvimento no plano de cuidados	Discriminação (comportamental/prática)

V. Experiência vivida	11. Já presenciou ou vivenciou situações de discriminação em relação a pessoas com doença mental no contexto dos cuidados?	Discriminação
V. Estereótipos clássicos	12. Considera que algumas pessoas com doença mental são vistas como: • Perigosas? • Imprevisíveis? • Incapazes? Porquê?	Estereótipos → Preconceito
VI. Fatores que influenciam o estigma	13. Que fatores acha que contribuem para o desenvolvimento de estigma entre enfermeiros? • Formação inicial • Experiências anteriores • Cultura da equipa/serviço • Pressão assistencial • Falta de tempo 14. A formação académica e contínua em enfermagem prepara adequadamente os enfermeiros para cuidar de pessoas com doença mental? Porquê?	Dimensão explicativa – individual e organizacional
VII. Estratégias de redução do estigma	15. O que considera que poderia ajudar a reduzir o estigma nos cuidados de enfermagem? 16. Que mudanças gostaria de ver: • Na formação em enfermagem? • No funcionamento das equipas? • Nas instituições de saúde?	Dimensão transformadora
VIII. Encerramento	17. Há algo que considere importante acrescentar e que não tenha sido abordado? 18. Como foi para si participar nesta entrevista?	Encerramento e reflexão final

Síntese do mapeamento das dimensões

- Estereótipos (cognitivo): Q1, Q2, Q4, Q5, Q7, Q8, Q12
- Preconceito (emocional/atitude): Q3, Q4, Q5
- Discriminação (comportamental/prática): Q6, Q10, Q11

Apêndice III – Consentimento Informado**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Por favor, antes de iniciar a sua participação, leia atentamente a seguinte informação.

O presente estudo é desenvolvido no âmbito do trabalho de investigação para a dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu (ESSV-IPV), sendo realizado pelo estudante Daniel Cirne.

Este estudo cumpre o disposto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e na legislação nacional aplicável, respeitando os princípios éticos da investigação, nomeadamente a privacidade, a confidencialidade, o anonimato e a proteção dos dados pessoais dos participantes.

Objetivo do estudo

Analisar as perceções, emoções, atitudes, comportamentos e práticas dos enfermeiros face às pessoas com doença mental, bem como as estratégias de intervenção propostas para a promoção de cuidados em saúde mental livres de discriminação.

A quem se dirige o estudo

O estudo dirige-se a enfermeiros, independentemente da área de exercício profissional, que aceitem participar de forma voluntária.

Procedimentos

A participação no estudo envolve a realização de uma entrevista semiestruturada, com duração aproximada de 40 minutos. A entrevista poderá decorrer em formato presencial ou à distância, conforme acordado.

Mediante autorização do participante, a entrevista será gravada em áudio, exclusivamente para efeitos de transcrição e análise científica.

Condições de participação

A participação neste estudo é totalmente voluntária. O participante poderá recusar responder a qualquer questão ou desistir da participação em qualquer momento, mesmo após a aceitação do consentimento informado, sem necessidade de justificação e sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

Potenciais riscos e benefícios

Não se preveem riscos significativos associados à participação neste estudo. No entanto, a abordagem de experiências profissionais e perceções relacionadas com o estigma em saúde mental poderá, pontualmente, gerar algum desconforto emocional. Nessa situação, o participante poderá interromper ou terminar a entrevista.

Embora não existam benefícios diretos ou materiais, a participação poderá promover a reflexão crítica sobre a prática profissional e contribuir para o desenvolvimento de cuidados

mais éticos, humanizados e livres de estigma. Os resultados do estudo poderão ainda fundamentar estratégias futuras de formação e intervenção na área da saúde mental.

Tratamento da informação

Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins de investigação científica, no âmbito da dissertação de mestrado e eventual divulgação académica. Será garantido o anonimato dos participantes, através da atribuição de códigos, não sendo recolhida informação que permita a identificação direta ou indireta.

O acesso aos dados será restrito ao investigador responsável e aos orientadores do estudo. Os dados serão armazenados em suporte seguro e conservados apenas pelo período necessário à realização do estudo, sendo posteriormente destruídos de forma segura e irreversível.

Contactos para esclarecimentos

Para qualquer esclarecimento adicional sobre o estudo, poderá contactar o investigador responsável através do endereço de correio eletrónico daniel.cirne@live.com.pt.

Declaração de Consentimento Informado

Declaro que tenho 18 anos ou mais, que li e compreendi a informação apresentada, que fui devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos e procedimentos do estudo e que tive oportunidade de colocar questões. Declaro que aceito participar livremente neste estudo, estando ciente de que posso desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Declaro ainda que autorizo o tratamento dos dados recolhidos para fins de investigação científica, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e legislação nacional aplicável.

Data: ____ / ____ / 202__

Assinatura do/a Participante: _____

Investigador(a) Responsável: _____

Apêndice IV - Categorias das entrevistas com excertos

Categoria	Descrição sintética	n (excertos)	n (entrevistas)	Excerto ilustrativo
Definição de Doença Mental	Concepções dos participantes sobre doença mental	29	6	“Com problemas. Que não consegue resolver.” (Entrevista E)
Percepção do Estigma	Reconhecimento da existência de estigma	13	4	“Sim, existe muito estigma em relação à doença mental.” (Entrevista F”
Manifestação do Estigma	Formas de expressão do estigma na prática	28	6	“Muitas vezes os colegas não querem ir lá...” (<i>Entrevista F</i>)
Medo ou Receio nos Cuidados	Emoções de insegurança na prestação de cuidados	16	6	“Como têm medo, ao fim e ao cabo, para eles aquela doença é completamente desconhecida.” (Entrevista F)
Crença na Maior Perigosidade	Associação à imprevisibilidade/perigo	20	4	“Existe aquela ideia de que podem reagir de forma inesperada.” (<i>Entrevista A</i>)
Influência do Diagnóstico nos Cuidados	Impacto do rótulo clínico na prática	21	6	“Sim, acho que podem, porque muitas vezes... ficaram com o estigma de que são doentes violentos.” (<i>Entrevista F</i>)
Compreensão das Limitações nos Autocuidados	Reconhecimento das limitações funcionais	20	6	“Quando estão numa fase de crise, acho que não têm a noção dos cuidados.” (<i>Entrevista F</i>)
Capacidade de Tomada de Decisão	Percepção da autonomia do doente	11	4	“Nem sempre é incapaz, depende muito do momento clínico.” (<i>Entrevista C</i>)

Discriminação e Rótulos	Processos de rotulagem e categorização	14	5	“Tipo, aquilo é maluco.” (<i>Entrevista F</i>)
Importância da Formação	Papel da formação na redução do estigma	24	6	“Acho que deve haver uma melhor preparação para a prática.” (<i>Entrevista D</i>)
Falta de Formação Específica	Lacunas formativas identificadas	27	6	“Na prática sentimos falta de preparação para lidar com estas situações.” (<i>Entrevista F</i>)
Influência da Experiência Pessoal ou Profissional	Impacto do contacto prévio	13	6	“Tiveste essa má experiência com o contacto com doente de saúde mental, mas podias ter também com outro tipo de utente.” (<i>Entrevista D</i>)
Cultura da Equipa ou Serviço	Influência do contexto organizacional	12	3	“O plano de trabalho nunca é feito em função das características dos doentes.” (<i>Entrevista B</i>)
Pressão Assistencial e Falta de Tempo	Condicionantes organizacionais	16	6	“O tempo é muito limitado e isso afeta a forma como cuidamos.” (<i>Entrevista B</i>)
Desvalorização da Saúde Mental	Menor valorização face à saúde física	19	4	“A falta de apoio... a deriva, que é a questão dos doentes de saúde mental.” (<i>Entrevista E</i>)
Sugestões para Redução do Estigma	Estratégias propostas	19	5	“Levar se calhar um doente e ele também falar sobre a sua doença.” (<i>Entrevista D</i>)
Necessidade de Humanização nos Cuidados	Centralidade da pessoa	14	5	“Temos de olhar para além do diagnóstico.” (<i>Entrevista F</i>)
Reconhecimento das Dificuldades da Sociedade	Dimensão sociocultural do estigma	16	5	“A sociedade em si é que não está preparada nem para os doentes de saúde mental...” (<i>Entrevista D</i>)
Importância da Empatia	Papel da empatia nos cuidados	12	4	“Cada um partilhar a experiência e tentar ver, colocar-se no lugar do outro.” (<i>Entrevista D</i>)
Necessidade de Apoio e Supervisão	Necessidade de suporte profissional	4	3	“Também precisamos de orientação para lidar melhor com estas situações.” (<i>Entrevista B</i>)

Impacto dos Meios de Comunicação	Influência dos media	1	1	“As pessoas pensam (...) que o corredor está todo cheio de doentes que estão quase a dormir.” (Entrevista E)
---	----------------------	---	---	--

Apêndice V - Características dos estudos incluídos

Autor (Ano)	País	Desenho do estudo	Ambiente de cuidados	Título
Dinesh Mittal, Richard R. Owen, Songthip Ounpraseuth, Lakshminarayana Chekuri, Karen L. Drummond, Matthew B. Jennings, Jeffrey L. Smith, J. Greer Sullivan, Patrick W. Corrigan (2020)	Estados Unidos da América	Estudo piloto de viabilidade com randomização em dois grupos (contacto vs. educação)	Cuidados de saúde primários; Centros médicos do sistema Veterans Affairs (VA)	Targeting stigma of mental illness among primary care providers: Findings from a pilot feasibility study.
Jing Ling Tay, Yuanrong Qu, Lucas Lim, Rohan Puthran, Chye Lee Robert Tan, Rajkirren Rajendran, Ker Chiah Wei, Huiting Xie, Kang Sim (2025)	Singapura	Ensaio clínico randomizado (2 braços)	Instituição terciária de saúde mental	Impact of a Virtual Reality Intervention on Stigma, Empathy, and Attitudes Toward Patients With Psychotic Disorders Among Mental Health Care Professionals: Randomized Controlled Trial.
Mahmut Reha Bayar, Burç Çağrı Poyraz, Cana Aksoy-Poyraz, Mehmet Kemal Arıkan (2009)	Turquia	Estudo experimental com randomização simples (online)	Serviços de saúde mental	Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach.
Jie Li, Juan Li , Graham Thornicroft , Hui Yang, Wen Chen and Yuanguang Huang (2015)	China	Estudo quase-experimental com alocação por clusters	Serviços comunitários de saúde mental	Training community mental health staff in Guangzhou, China: evaluation of the effect of a new training model.
Brandon A. Kohrt, Mark J. D. Jordans, Elizabeth L. Turner, Sauharda Rai, Dristy Gurung,	Nepal	Ensaio clínico randomizado por clusters (piloto)	Cuidados de saúde primários	Collaboration With People With Lived Experience of Mental Illness to Reduce

Manoj Dhakal, Anvita Bhardwaj, Jagannath Lamichhane, Daisy R. Singla, Crick Lund, Vikram Patel, Nagendra P. Luitel, Kathleen J. Sikkema (2021)				Stigma and Improve Primary Care Services: A Pilot Cluster Randomized Clinical Trial.
Lisa D. Hawke, Erin E. Michalak, Victoria Maxwell, Sagar V. Parikh (2014)	Canadá	Estudo pré–pós com follow-up, sem grupo controlo	Não especificado.	Reducing stigma toward people with bipolar disorder: impact of a filmed theatrical intervention based on a personal narrative.
Maria Noonan, Melissa Brown, Maria Gibbons, Teresa Tuohy, Kevin Johnson, Carmel Bradshaw, Sylvia Murphy Tighe, Sandra Atkinson, Louise Murphy, Mas Mohamad, Mendinara Imcha, Niamh O'Dwyer, Annmarie Grealish (2024)	Irlanda	Estudo piloto de grupo único, pré-pós, sem grupo de controlo.	Hospital universitário de maternidade, Irlanda	Evaluation of the effectiveness of a video-based educational intervention on perinatal mental health related stigma reduction strategies for healthcare professionals: A single group pre-test-post-test pilot study.
Tomoo Fujii, Manako Hanya, Kenta Murotani, Hiroyuki Kamei (2021)	Japão	Ensaio clínico randomizado; Componente adicional de desenvolvimento de escala	Farmácias comunitárias	Scale development and an educational program to reduce the stigma of schizophrenia among community pharmacists: a randomized controlled trial.
Amy Werremeyer, Mark A. Strand, Heidi Eukel, Elizabeth Skoy, Jayme Steig, Oliver Frenzel (2022)	Estados Unidos da América	Estudo longitudinal de coorte com avaliação pré, pós e follow-up a 12 meses	Farmácias comunitárias	Longitudinal evaluation of pharmacists' social distance preference and attitudes toward patients with opioid misuse following an educational training program.
Casey Chu, Nichole Roxas, Chinyere M. Aguocha, Emeka Nwefoh, Katie Wang, Charles Dike, Theddeus Iheanacho (2022)	Nigéria (Imo State)	Estudo de prova de conceito com desenho convergente de métodos mistos	Cuidados de saúde primários	Integrating mental health into primary care: evaluation of the Health Action for Psychiatric Problems In Nigeria including Epilepsy and SubstanceS (HAPPINESS) pilot project.

Leslie Cartz-Piver, Benjamin Calvet, Shima Mehrabian-Spassova, Margarita Raycheva, Kondrad Rejdak, Ewa Papuk (2023)	França; Bulgária; Polónia	Estudo quase-experimental pré-pós intervenção (sem grupo controlo), com análise comparativa entre centros	Cuidados de saúde primários	Empowering general practitioners in dementia care: The ANTISTIGMA education intervention in Europe.
Stephanie A. Hooker, A. Lauren Crain, Amy B. LaFrance, Sheryl Kane, J. Konadu Fokuo, Gavin Bart, Rebecca C. Rossom (2023)	Estados Unidos da América	Ensaio clínico randomizado	Cuidados de saúde primários	A randomized controlled trial of an intervention to reduce stigma toward people with opioid use disorder among primary care clinicians.
Cassie M. Hasell, Sarah Fielding-Smith, Yasin Koç, Mark Hayward (2024)	Reino Unido	Estudo quase-experimental com desenho pré-pós (medidas repetidas)	Emergência pré hospitalar	Pilot evaluation of a brief training video aimed at reducing mental health stigma amongst emergency first responders (the ENHANCe II study).
Kerry Whitelaw, Liza Seery, Kenneth Lee, Christopher Etherton-Beer, Rhonda Clifford, Carli Sheers, Julie Lowden, Gabrielle Brand (2023)	Austrália	Estudo de métodos mistos	Serviços de saúde mental	'Listening from a Personal Perspective': Does Co-Designed Mental Health Education Shift Stigma? A Mixed Method Evaluation Study.
Shannon Doherty, Behzad Kianian, Giselle Dass, Anne Edward, Ahoua Kone, Gergana Manolova, Sambasivamoorthy Sivayokan, Madonna Solomon, Rajendra Surenthirakumaran, Barbara Lopes-Cardozo (2024)	Sri Lanka	Ensaio clínico em clusters com desenho stepped wedge (stepped wedge cluster clinical trial).	Centros de cuidados de saúde primários (22 clínicas)	Changes in mental health stigma among healthcare professionals and community representatives in Northern Sri Lanka during an mhGAP intervention study.
Tara Beaulieu, Scott Patten, Stephanie Knaak, Rivian Weinerman, Helen Campbell, Bianca Lauria-Horner (2017)	Canadá	Ensaio clínico randomizado em clusters, duplo-cego, com grupos paralelos	Cuidados de saúde primários	Impact of Skill-Based Approaches in Reducing Stigma in Primary Care Physicians: Results from a Double-Blind, Parallel-Cluster, Randomized Controlled Trial.

Caitlin Reddyhough, Vance Locke, Georgie Paulik (2021)	Austrália	Desenho pré-pós intervenção, sem grupo controlo.	Prestação de cuidados de saúde mental	Changing Healthcare Professionals' Attitudes Towards Voice Hearers: An Education Intervention.
J. Irene Harris, Jennie Leskela, Sharada Lakhan, Timothy Usset, Meredith DeVries, Dinesh Mittal, Jennifer Boyd (2019)	Estados Unidos da América	Estudo piloto organizacional com avaliações repetidas ao nível institucional: Baseline; 1 ano; 2 anos; Comparações realizadas através de testes t para amostras independentes.	Mental Health Service Line de um sistema de saúde "Veterans Affairs"	Developing Organizational Interventions to Address Stigma Among Mental Health Providers: A Pilot Study.
Akwatu Khenti, Sireesha J. Bobbili, Emily Lentiniello, Jaime C. Sapag, Mark van der Maas, Marcos Sanches, Branka Agic, Hayley Hamilton, Scott Patten, Heather Stuart, Patrick Corrigan (2025)	Canadá	Ensaio controlado randomizado por clusters com avaliação longitudinal.	Centros de saúde comunitários (Community Health Centres — CHCs) no contexto de cuidados de saúde primários	A Cluster Randomized Controlled Trial Exploring Stigmatization and Recovery-Based Perspectives on Mental Illness and Substance Use Problems Among Primary Healthcare Providers in Toronto, Ontario.
Francisco José Eiroa-Orosa, María Lomascolo, Anaïs Tosas-Fernández (2021)	Espanha	Ensaio clínico randomizado por clusters, prospetivo, com ocultação simples (single-blind)	Centros de Cuidados de Saúde Primários e Centros de Saúde Mental.; Centros de cuidados primários; Centros de saúde mental para adultos; Centros de saúde mental para crianças e adolescentes; Centros de tratamento de abuso de substâncias	Efficacy of an Intervention to Reduce Stigma Beliefs and Attitudes among Primary Care and Mental Health Professionals: Two Cluster Randomised-Controlled Trials.
Francisco Javier Barrantes, Carlos Violante, Luís Graça, Isabel Amorim (2017)	Portugal	Estudo comparativo pré-pós intervenção em dois momentos	Instituição de saúde mental	PROGRAMA DE LUTA CONTRA O ESTIGMA: RESULTADOS OBTIDOS NA FORMAÇÃO NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL.

Bonnie N. Kaiser, Dristy Gurung, Sauharda Rai, Anvita Bhardwaj, Manoj Dhakal, Cori L. Cafaro, Kathleen J. Sikkema, Crick Lund, Vikram Patel, Mark J. D. Jordans, Nagendra P. Luitel, Brandon A. Kohrt (2022)	Nepal	Estudo qualitativo explicativo baseado em entrevistas qualitativas com profissionais de cuidados de saúde primários participantes de um ensaio clínico randomizado por clusters piloto que comparou: formação padrão mhGAP (training-as-usual, TAU) e formação mhGAP com a intervenção ante estigma RESHAPE.	Serviços de cuidados de saúde primários no distrito de Chitwan, Nepal.	Mechanisms of action for stigma reduction among primary care providers following social contact with service users and aspirational figures in Nepal: an explanatory qualitative design.
Amanda J Wheeler, Amary Mey, Jane L Fowler, Gabor Mihala, Fiona Kelly (2018)	Austrália	Estudo quase-experimental com avaliação pré pós	Farmácias comunitárias	A web-based mental health promotion intervention for pharmacy staff to reduce stigmatising and discriminating attitudes.
Yin Ping Ng, Abdul Rashid, Finian O'Brien (2017)	Malásia	Estudo quase-experimental antes-depois, utilizando avaliação pré-intervenção e pós-intervenção das atitudes relacionadas com doença mental	O estudo foi realizado em clínicas de cuidados de saúde primários governamentais em Penang	Determining the effectiveness of a video-based contact intervention in improving attitudes of Penang primary care nurses towards people with mental illness
Patrick J. Michaels, Patrick W. Corrigan, Blythe Buchholz, Jennifer Brown, Thomas Arthur, Clarissa Netter, Kim L. MacDonald-Wilson (2014)	Estados Unidos da América	O estudo avaliou a intervenção Anti-Stigma Project workshop (ASP) através de dois ensaios clínicos randomizados (randomized controlled trials – RCTs) com avaliação pré-teste e pós-teste; Foram	Serviços de saúde mental no estado de Maryland, Estados Unidos	Changing Stigma Through a Consumer-Based Stigma Reduction Program.

		conduzidos dois RCTs independentes: um com pessoas com doença mental e outro com prestadores de serviços de saúde mental (mental health providers)		
Stephanie Knaak, Andrew C. H. Szeto, Kathryn Fitch, Geeta Modgill, Scott Patten (2015)	Canadá	Estudo pré-pós com randomização do instrumento de avaliação.; Os participantes foram aleatoriamente atribuídos a uma de duas versões do questionário OMS-HC: versão original (estigma em relação à doença mental em geral); versão específica para perturbação borderline da personalidade (borderline personality disorder (BPD))	A intervenção foi realizada num hospital em Calgary (Canadá) durante um workshop educativo dirigido a prestadores de cuidados de saúde	Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design.
Javeed Sukhera, Kristina Miller, Christina Scerbo, Alexandra Milne, Rod Lim, Chris Watling (2020)	Canadá	Avaliação realista com métodos mistos (mixed-methods realist evaluation), operacionalizada através de um estudo de caso múltiplo longitudinal (longitudinal multiple case study approach), conduzido em três	Serviço de urgência pediátrica; Serviço de urgência de adultos; Unidade de internamento pediátrico	Implicit Stigma Recognition and Management for Health Professionals.

		contextos clínicos distintos		
Pamela Grandón, Sandra Saldivia, Félix Cova, Claudio Bustos, Pamela Vaccari, Raúl Ramírez-Vielma, Alexis Vielma-Aguilera, Carlos Zambrano, Camila Ortiz, Stephanie Knaak (2021)	Chile	Ensaio clínico randomizado multicêntrico (multicenter randomized clinical trial), com grupo experimental e grupo de controle em lista de espera	Cuidados de saúde primários	Effectiveness of an intervention to reduce stigma towards people with a severe mental disorder diagnosis in primary health care personnel: Programme Igual-Mente.
Sara Rose Masland, Daniel Price, Jacob MacDonald, Ellen Finch, John Gunderson, Lois Choi-Kain (2018)	Estados Unidos da América	Estudo quasi-experimental longitudinal com medidas repetidas (one-way repeated-measures design), avaliando mudanças nas atitudes dos clínicos antes da formação, imediatamente após a formação e 6 meses depois	Serviços de saúde mental	Enduring Effects of One-Day Training in Good Psychiatric Management on Clinician Attitudes About Borderline Personality Disorder.
Elizabeth H. Flanagan, Tona Buck, Alfred Gamble, Cynthia Hunter, Ira Sewell, Larry Davidson (2016)	Estados Unidos da América	Ensaio controlado randomizado com medidas pré-pós e grupo controle, complementado por respostas qualitativas sobre a experiência da intervenção.	Cuidados de saúde primários	"Recovery Speaks": A Photovoice Intervention to Reduce Stigma Among Primary Care Providers.
Alana Kennedy-Hendricks, P. Todd Kearney, Maureen L. McGinty, Jae Kennedy, Colleen L. Barry (2022)	Estados Unidos da América	Ensaio clínico randomizado paralelo	Não especificado.	Effect of Exposure to Visual Campaigns and Narrative Vignettes on Addiction Stigma Among Health Care Professionals: A Randomized Clinical Trial.

Brandon A. Kohrt, Elizabeth L. Turner, Sauharda Rai, Anvita Bhardwaj, Kathleen J. Sikkema, Adesewa Adekun, Manoj Dhakal, Nagendra P. Luitel, Crick Lund, Vikram Patel, Mark J. D. Jordans (2020)	Nepal	Estudo piloto de prova de conceito (proof-of-concept) com avaliação quantitativa pré e pós-intervenção e follow-up	Cuidados de saúde primários	Reducing mental illness stigma in healthcare settings: Proof of concept for a social contact intervention to address what matters most for primary care providers.
Kim Helmus, Iris Kleine Schaars, Hansje Wierenga, Elise de Glint, Jim van Os (2019)	Países Baixos (Netherlands)	Ensaio experimental com randomizado, comparando grupo intervenção (workshop) e grupo controlo em lista de espera.	Serviços de saúde mental	Decreasing Stigmatization: Reducing the Discrepancy Between "Us" and "Them". An Intervention for Mental Health Care Professionals.
Dejene Tilahun, Abebaw Fekadu, Bethlehem Tekola, Mesfin Araya, Ilona Roth, Basiro Davey, Charlotte Hanlon, Rosa A. Hoekstra (2019)	Etiópia	Estudo transversal comparativo com três grupos de participantes para avaliar o impacto de formação em saúde mental.	Cuidados de saúde primários comunitários	Ethiopian community health workers' beliefs and attitudes towards children with autism: Impact of a brief training intervention.
Erin E. Michalak, James D. Livingston, Victoria Maxwell, Rachelle Hole, Lisa D. Hawke, Sagar V. Parikh (2014)	Canadá	Estudo prospectivo, longitudinal, sequencial de métodos mistos.	Comunidade — intervenção realizada em teatro (performance pública) dirigida a pessoas com perturbação bipolar e profissionais de saúde.	Using theatre to address mental illness stigma: a knowledge translation study in bipolar disorder.

Apêndice VI - Características das intervenções

Autor	Intervenção	Número de sessões	Duração	Formato da intervenção	Individual/ Grupal	Componentes da intervenção
Dinesh Mittal et al., 2020	Intervenção de contacto; Intervenção educativa	2	Sessão inicial ≈ 20–30 minutos; Sessão de reforço ≈ 20 minutos	Sessões presenciais.	Grupal	Intervenção de contacto: Testemunho pessoal de experiência vivida; Discussão interativa; Enfatização de recuperação e comportamentos clínicos afirmativos; Intervenção educativa: Apresentação em PowerPoint; Desmistificação de estereótipos; Informação factual sobre doença mental
Jing Ling Tay et al., 2025	Simulação imersiva de experiências psicóticas através de Realidade Virtual (alucinações auditivas e visuais)	1	Inferior ou igual a 7 min	Presencial, utilizando smartphone inserido em headset de realidade virtual	Individual	Simulação de vozes com conteúdo negativo progressivo; Simulação de alucinações visuais (ex.: palavras como “die” e “poison”); Contexto doméstico imersivo
Mahmut Reha Bayar et al., 2009	Intervenção educativa breve via e-mail informativo sobre estigma	1	Não especificada.	E-mail informativo seguido de questionário online.	Individual	Diferença entre estigma e discriminação; Contextos onde ocorre estigma; Consequências negativas; Papel dos psiquiatras como modelos
Jie Li et al., 2015	Programa de formação com supervisão estruturada, comparando: Novo modelo (currículo com abordagem de	14	85 horas de formação (ambos os modelos)	Formação presencial estruturada, complementada com supervisão trimestral.	Grupal	Formação teórica estruturada; Módulo sobre estigma e discriminação; Supervisão baseada em necessidades

	saúde pública + supervisão baseada em necessidades) e Modelo tradicional					
Brandon A. Kohrt et al., 2021	Programa RESHAPE – formação mhGAP-IG cofacilitada por pessoas com experiência vivida de doença mental	9	40 horas	Formação presencial	Grupál	Testemunhos de recuperação (PhotoVoice); Sessões de perguntas e respostas; Sessões de desmistificação (“myth-busting”); Interação social estruturada e não estruturada; Formação técnica mhGAP-IG
Lisa D. Hawke et al., 2014	Intervenção filmada baseada numa peça teatral em formato narrativo sobre a experiência vivida com perturbação bipolar.	1	Duração total da intervenção: 50 minutos	Formato presencial	Grupál	Saudação inicial e introdução padronizada; Saudação inicial e introdução padronizada; Avaliação pós-intervenção (aplicação dos instrumentos imediatamente após a visualização); Discussão interativa após o filme
Maria Noonan et al., 2024	Intervenção educativa baseada em vídeo	1	20 minutos	Formato presencial em grupo (sessão de visualização organizada no hospital)	Grupál	Quatro áreas-chave: Desmistificação (challenging myths); Normalização; Promoção de conversas sobre saúde mental perinatal; Ênfase na linguagem como estratégia ante estigma; Estratégias utilizadas: Role play; Narração em voz-off
Lisa D. Hawke et al., 2014	Intervenção filmada baseada numa peça teatral em formato narrativo sobre a experiência vivida com perturbação bipolar.	1	Duração total da intervenção: 50 minutos	Formato presencial	Grupál	Saudação inicial e introdução padronizada; Saudação inicial e introdução padronizada; Avaliação pós-intervenção (aplicação dos instrumentos imediatamente após a visualização); Discussão interativa após o filme

Lisa D. Hawke et al., 2014	Intervenção filmada baseada numa peça teatral em formato narrativo sobre a experiência vivida com perturbação bipolar.	1	Duração total da intervenção: 50 minutos	Formato presencial	Grupal	Saudação inicial e introdução padronizada; Saudação inicial e introdução padronizada; Avaliação pós-intervenção (aplicação dos instrumentos imediatamente após a visualização); Discussão interativa após o filme
Casey Chu et al., 2022	Formação baseada no mhGAP-Intervention Guide (mhGAP-IG), adaptada ao contexto local, com inclusão de um módulo adicional de redução do estigma.	5	45 horas	Formação presencial incluindo: Sessões expositivas (didáticas) Workshops em grupo; Role-play; Sessões práticas observadas	Grupal	Componentes estruturais da formação: Sessões expositivas (didáticas); Workshops interativos em grupo; Simulações clínicas (role-play); Sessões de prática observada com avaliação de competências; O conteúdo programático incluiu os seguintes módulos: Cuidados Essenciais e Prática Clínica; Depressão; Psicose/mania; Epilepsia; Perturbações por uso de substâncias; Módulo específico de redução do estigma
Leslie Cartz-Piver et al., 2023	Intervenção educativa ANTISTIGMA focada na redução do estigma associado à demência, centrada nos eixos “Why” e “How” do diagnóstico e gestão clínica.	Limoges: 3 sessões num dia; Lyon: 1 sessão; Sofia: 2 sessões; Lublin: 2 sessões	Não é indicada duração horária total. Apenas descrita organização por sessões/dias.	Formato presencial, com diferentes modalidades consoante o centro.	Grupal	Estrutura baseada em: Sessões teóricas; Discussões práticas; Workshops interativos; Conteúdos da intervenção ANTISTIGMA incluíram: Diagnóstico precoce da demência (benefícios e riscos); Aspectos éticos do diagnóstico; Estratégias no processo diagnóstico com ênfase no papel do médico de clínica geral; Divulgação do diagnóstico; Gestão pós-diagnóstico; Antecipação e prevenção
Stephanie A. Hooker et al., 2023	Formação online de redução de estigma com	1	25–35 minutos	Online	Individual	Comuns a ambos os grupos: Educação científica sobre opioid use disorder (OUD) e medications for opioid use disorder

	narrativas de pacientes, comparada com formação controlo sem narrativas.					(MOUD); Utilização da ferramenta CDS; Apresentação de quatro pacientes protótipo; • Componentes específicos do grupo intervenção: Vídeos com narrativas de pacientes; Demonstração de linguagem não estigmatizante; Inserção de narrativas durante explicação do CDS; • Grupo controlo: Mesma formação geral; Sem vídeos de narrativas
Cassie M. Hasell et al., 2024	Vídeo formativo breve destinado à redução do estigma em saúde mental.	1	Não especificada	Online	Individual	Testemunhos de pessoas com experiência vivida; Simulações; Exemplos de boas e más práticas; Guia passo-a-passo para atuação
Cassie M. Hasell et al., 2024	Vídeo formativo breve destinado à redução do estigma em saúde mental.	1	Não especificada	Online	Individual	Testemunhos de pessoas com experiência vivida; Simulações; Exemplos de boas e más práticas; Guia passo-a-passo para atuação
Shannon Doherty et al., 2024	Formação em mental health Gap Action Programme (mhGAP) da OMS, integrada no estudo COMGAP-S para capacitação de profissionais de cuidados primários em saúde mental.	3	Duração exata das sessões não especificada.	Formação presencial	Não especificado.	Formação baseada no mhGAP para profissionais de cuidados de saúde primários e profissionais de saúde pública, com sessões de reforço aos 3 e 6 meses.
Shannon Doherty et al., 2024	Formação em mental health Gap Action Programme (mhGAP) da	3	Duração exata das sessões não especificada.	Formação presencial	Não especificado.	Formação baseada no mhGAP para profissionais de cuidados de saúde primários e profissionais de saúde pública, com sessões de reforço aos 3 e 6 meses.

	OMS, integrada no estudo COMGAP-S para capacitação de profissionais de cuidados primários em saúde mental.					
Caitlin Reddyhough et al., 2021	Intervenção educativa focada na redução do estigma explícito e implícito relativamente a pessoas que ouvem vozes	1	4 horas	Formato presencial	Grupal	Disseminação de informação sobre ouvir vozes; Perspetiva de continuidade; Informação orientada para recuperação; Vídeos de experiências de pessoas que ouvem vozes; Role-plays; Discussão de opções de tratamento
J. Irene Harris et al., 2019	Intervenção organizacional, dirigida a: Liderança executiva; Supervisores; Gestores de programa e Profissionais clínicos do serviço	13	Intervenções executadas ao longo de dois anos.; Artigo não especifica a duração total das intervenções.	Presencial (sessões educativas e de discussão – Grand Rounds e Brown Bag), com componente complementar assíncrona por e-mail (educational e-mails).	Grupal	formação de liderança; sessões educativas formais (Grand Rounds); Intervenções de contacto (curto e contínuo) com pessoas/profissionais com experiência vivida de contacto; conteúdos sobre estigma, cultura de não divulgação e recuperação; comunicação contínua (e-mails educativos); promoção da auto-divulgação entre profissionais
Akwatu Khenti et al., 2025	Intervenção antiestigma organizacional multicomponente dirigida a profissionais de saúde em centros de saúde comunitários.	4	12 horas	Formato presencial	Grupal	Equipas locais de <i>champions</i> constituídas por 3–5 profissionais de cada CHC, responsáveis por apoiar a implementação da intervenção, articular com a equipa de investigação, apoiar o recrutamento, contribuir para a análise de políticas institucionais e promover uma cultura organizacional anti estigma; Formação baseada em contacto; Campanhas de sensibilização; Intervenção artística

						orientada para recuperação; Análise de políticas e procedimentos institucionais
Francisco José Eiroa-Orosa et al., 2021	Intervenção de sensibilização ante estigma dirigida a profissionais de saúde, baseada em formação educativa combinada com contacto direto (testemunhos de pessoas com experiência vivida) e contacto indireto (vídeos), discussão de estigma e discriminação em cuidados de saúde e atividades participativas de reflexão sobre práticas clínicas.	4	A duração total da intervenção não é apresentada como duração global única, mas inclui: workshop de formação (4 h); workshop de autodiagnóstico (4 h); sessão de follow-up cerca de 1 mês depois	Formato presencial	Grupal	Conteúdos educativos sobre saúde mental; Testemunhos em primeira pessoa (contacto direto); Vídeos de campanhas ante estigma (contacto indireto); Discussão de mitos sobre doença mental; Reflexão sobre práticas clínicas; Atividades de autodiagnóstico organizacional (cuidados primários); Desenvolvimento de ações locais ante estigma
Francisco Javier Barrantes et al., 2017	Ação formativa de sensibilização sobre estigma na doença mental dirigida a profissionais de saúde mental.	1	2 horas	Formação presencial	Grupal	Conteúdos da formação incluíram: enquadramento teórico do estigma; definição de conceitos (estereótipo, preconceito, discriminação); reflexão sobre atitudes estigmatizantes; apresentação dos resultados iniciais do estudo; discussão de estratégias de mudança de atitudes.
Bonnie N. Kaiser et al., 2022	Formação em saúde mental baseada no mhGAP, com	9	9 dias para profissionais com capacidade de prescrição.; 5 dias	Formação presencial	Grupal	Componentes do braço RESHAPE: apresentação de narrativas de recuperação por pessoas com experiência vivida; sessões de perguntas e respostas com profissionais;

	componente adicional de redução do estigma denominada RESHAPE (Reducing Stigma among Healthcare Providers).		para profissionais sem capacidade de prescrição.			interação social informal durante a formação; participação de cuidadores; participação de profissional modelo (aspirational figures); sessões de esclarecimento de mitos sobre doença mental (myth-busting).
Bonnie N. Kaiser et al., 2022	Formação em saúde mental baseada no mhGAP, com componente adicional de redução do estigma denominada RESHAPE (Reducing Stigma among Healthcare Providers).	9	9 dias para profissionais com capacidade de prescrição.; 5 dias para profissionais sem capacidade de prescrição.	Formação presencial	Grupál	Componentes do braço RESHAPE: apresentação de narrativas de recuperação por pessoas com experiência vivida; sessões de perguntas e respostas com profissionais; interação social informal durante a formação; participação de cuidadores; participação de profissional modelo (aspirational figures); sessões de esclarecimento de mitos sobre doença mental (myth-busting).
Yin Ping Ng et al., 2017	intervenção ante estigma baseada em vídeo com elementos de psicoeducação e contacto social mediado por vídeo (video-based social contact	1	Inferior a 5 minutos.	Visualização presencial de vídeo	Não especificado	Vídeo de sensibilização ante estigma; Esclarecimento de mitos sobre doença mental; Vídeo com celebridades com doença mental; Testemunho filmado de uma pessoa com doença mental e da sua enfermeira comunitária; Entrevista com uma pessoa com doença mental em recuperação; Testemunho de um colega de trabalho de uma pessoa com doença mental; Informação factual sobre saúde mental e formas de apoiar pessoas com doença mental

Patrick J. Michaels et al., 2014	Anti-Stigma Project workshop (ASP) — intervenção de redução do estigma baseada em contacto e educação	1	3 horas	Presencial	Grupal	Introdução e definição de estigma público; Discussão de experiências pessoais de estigmatização entre participantes; Exercícios de grupo e discussão interativa; Visualização de vídeo sobre o impacto do estigma nos serviços de saúde mental; Discussão sobre formas de combater o estigma a nível pessoal e sistémico
Stephanie Knaak et al., 2015	Programa de redução do estigma (anti-stigma program) dirigido a prestadores de cuidados de saúde, focado em: perturbação da personalidade borderline (borderline personality disorder – BPD); terapia comportamental dialética (dialectical behaviour therapy – DBT)	1	3 horas	Workshop educativo presencial	Grupal	Formação sobre perturbação da personalidade borderline (BPD); Formação sobre terapia comportamental dialética (DBT); Treino de competências para melhorar a interação com pessoas com perturbação da personalidade borderline (BPD); Educação para corrigir conceções erradas sobre perturbação da personalidade borderline (BPD); Contacto social através de testemunho pessoal de uma pessoa com experiência vivida de BPD; Apresentação de um caso clínico exemplificando recuperação
Javeed Sukhera et al., 2020	Workshop educativo de redução do estigma dirigido a profissionais de saúde.	1	4 horas	Presencial	Grupal	Exposição didática sobre estigma e viés implícito; Discussão em grupo; Simulação com role-play; Análise de casos clínicos; Exercícios de autorreflexão; Debriefing estruturado
Pamela Grandón et al., 2021	Programa ante estigma denominado	6 (profissionais de saúde); 2	Cada sessão teve duração aproximada de 2	Presencial	Grupal	Educação - Conteúdos informativos destinados a modificar estereótipos sociais e mitos associados às perturbações mentais

	“Programme Igual-Mente”, concebido para reduzir o estigma em profissionais de cuidados de saúde primários relativamente a pessoas com perturbação mental grave; O programa integrou três estratégias principais: educação, contacto e desenvolvimento de competências	(gestores dos centros de saúde)	horas e 30 minutos, realizadas semanalmente			graves; Contacto - Interação com pessoas com diagnóstico de perturbação mental grave (SMD), através de: contacto direto com co-facilitadores com experiência vivida; contacto indireto através de vídeos e cartas de pessoas com SMD; Treino de competências para: acolher utilizadores com SMD; gerir situações difíceis no contexto clínico; O programa também incluiu: envolvimento da liderança dos centros de saúde; desenvolvimento de um protocolo de tratamento humanizado
Sara Rose Masland et al., 2018	Formação de um dia em Good Psychiatric Management (GPM) destinada a melhorar atitudes dos clínicos relativamente à perturbação da personalidade borderline (borderline personality disorder – BPD)	1	1 dia	Presencial	Grupal	A formação incluiu: didática sobre etiologia, curso e tratamento da BPD; vídeos clínicos ilustrativos; vinhetas clínicas escritas para discussão de casos
Elizabeth H. Flanagan et al., 2016	Intervenção Photovoice denominada	1	1 hora	Presencial	Grupal	Apresentação de fotografias produzidas pelos participantes; Narrativas pessoais de recuperação; Descrição das suas qualidades

	“Recovery Speaks”, na qual pessoas com doença mental ou dependência mostram fotografias e contam histórias de recuperação.					pessoais, interesses e contributos para as comunidades; Discussão facilitada após a apresentação
Alana Kennedy-Hendricks et al., 2022	Mensagens de comunicação destinadas a reduzir o estigma relacionado com dependência de opióides (opioid use disorder – OUD), utilizando: campanhas visuais e vinhetas narrativas escritas	1	Não especificado	Online	Individual	Campanha visual Words Matter; Campanha visual Medication Treatment Works; Vinheta narrativa apresentada da perspetiva de: pessoa com OUD; clínico; sistema de saúde; Combinação De Campanha Visual + Vinheta Narrativa
Brandon A. Kohrt et al., 2020	Intervenção anti estigma denominada RESHAPE (REducing Stigma among Healthcare Providers) integrada na formação mhGAP (mental health Gap Action Programme).	10 (profissionais com capacidade de prescrição); 5 (profissionais sem capacidade de prescrição)	65 horas para profissionais prescritores; 32,5 horas para profissionais não prescritores	Presencial	Grupál	1. histórias de recuperação de utilizadores de serviços e contacto social; 2. histórias de recuperação apresentadas por profissional modelo (Aspirational figures); 3. Desconstrução de mitos sobre doença mental; 4. Sessão didática sobre estigma e discussão; 5. Atividade colaborativa entre profissionais de saúde e utilizadores de serviços
Kim Helmus et al., 2019	Workshop baseado em contacto	1	2 horas	Presencial	Grupál	Partilha de experiências sobre dificuldades mentais e estigmatização; Educação/psicoeducação (vídeo curto sobre

	destinado a: 1. reduzir atitudes estigmatizantes; 2. aumentar crenças de continuidade (continuum beliefs).					impacto do estigma); Atividades em pequenos grupos (ex.: exercícios de consciencialização e compaixão, relato de experiências, intervenções cognitivas sobre crenças estigmatizantes); Discussão em grupo para promover aceitação e compreensão das dificuldades psicológicas
Dejene Tilahun et al., 2019	Formação educativa breve em saúde mental e perturbações do desenvolvimento integrada no programa Health Education and Training (HEAT) e Enhanced HEAT (HEAT+)	10	A formação corresponde aproximadamente a 2 semanas de estudo a tempo inteiro.	Presencial	Grupal	HEAT (formação básica): 1. Módulo de saúde mental composto por 10 sessões de estudo; 2. Conteúdos sobre gestão, avaliação e prevenção de problemas de saúde mental; 3. Sessão sobre desenvolvimento infantil e saúde mental infantil, incluindo discussão de perturbações do desenvolvimento; 4. Autismo mencionado brevemente no módulo; 5. Ensino em sala de aula com materiais impressos do módulo HEAT.; HEAT+ Inclui todos os componentes do HEAT e adicionalmente: 1. DVD com cenários de vídeo demonstrando entrevistas com mães de crianças com autismo ou deficiência intelectual. 2. Treino em deteção precoce, aconselhamento de apoio e resolução de problemas. 3. Mental health <i>pocket</i> guide com várias orientações incluindo sintomas de autismo e deficiência intelectual, comunicação com pais e crianças e estratégias para apoiar o desenvolvimento da criança

Erin E. Michalak et al., 2014	Intervenção baseada em artes e contacto utilizando teatro para reduzir o estigma associado à perturbação bipolar.; A intervenção consistiu numa peça teatral autobiográfica sobre viver com BD Intitulada "That's Just Crazy Talk", seguida de uma sessão de perguntas e respostas com a atriz.	1	Aproximadamente 80 minutos; • ≈50 minutos de performance teatral • ≈30 minutos de sessão de perguntas e respostas.	Presencial	Grupal	Narrativa autobiográfica sobre viver com BD; Representação teatral de experiências de estigma interno e externo; Abordagem humorística e emocional para comunicar experiências de BD; Sessão de perguntas e respostas com a atriz após a performance.
-------------------------------	---	---	--	------------	--------	---

Apêndice VII - Avaliação do estigma e principais resultados

Autor	Escalas de avaliação	Tipo de estigma	Follow-up	Redução do estigma	Principais resultados
Dinesh Mittal et al., 2020	Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC-short); Attribution Questionnaire (AQ-9); Social Distance Scale	Atitudes estigmatizantes; Atribuições negativas; Distância social	3 meses após intervenção inicial	Não se verificou interação estatisticamente significativa grupo $\times$ tempo em nenhum dos três instrumentos	Não houve redução significativa do estigma comparando contacto vs. educação; A hipótese de maior eficácia do contacto não foi confirmada.; Houve efeito principal significativo do tratamento apenas no AQ-9 ($F(1,39)=5.95$; $p=0.019$); Houve efeito principal do tempo apenas para a distância social ($F(3,39)=3.54$; $p=0.0231$)
Jing Ling Tay et al., 2025	Social Distance Scale; Personal Stigma Scale	Distância social (Social Distance Scale); Estigma pessoal (Personal Stigma Scale)	1 mês	Verificou-se um efeito significativo do tempo na redução do estigma pessoal: $F(2,356)=7.60$; $p=.001$; A diferença significativa ocorreu entre a linha de base e o seguimento; Não se verificou efeito significativo da interação grupo $\times$ tempo	Redução significativa do estigma pessoal ao longo do tempo; Redução significativa da distância social ao longo do tempo; Ausência de superioridade estatística clara do grupo intervenção face ao grupo controlo
Mahmut Reha Bayar et al., 2009	Questionário online com 9 afirmações baseadas na dimensão de distância social	Estigma explícito — distância social.	Não aplicável	Grupo experimental apresentou menor estigmatização:	Redução significativa na dimensão de distância social no grupo experimental. ($p = 0.0001$)
Jie Li et al., 2015	Mental Health Knowledge Schedule (MAKS); Mental Illness: Clinicians' Attitudes	Conhecimento relacionado com estigma; Atitudes estigmatizantes;	12 meses	MAKS (conhecimento relacionado com estigma) Aos 6 e 12 meses, aumento significativamente maior no grupo	Melhoria sustentada no conhecimento relacionado com estigma (MAKS); Redução de atitudes

	Scale (MICA); Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS)	Comportamentos de discriminação		intervenção ($p < 0.05$); MICA (atitudes estigmatizantes) Aos 6 meses, redução significativamente maior no grupo intervenção ($p < 0.01$). Interação grupo $\times$ tempo significativa ($p < 0.001$); RIBS (comportamento e intenção de contacto) Após formação, 6 e 12 meses: aumento significativamente maior no grupo intervenção ($p < 0.01$; $p < 0.001$; $p < 0.001$). Interação grupo $\times$ tempo significativa ($p < 0.001$).	estigmatizantes (MICA); Aumento da disponibilidade para contacto (RIBS); Efeito mantido até 12 meses
Brandon A. Kohrt et al., 2021	Escala de Distância Social (Social Distance Scale – SDS); Avaliação de Atitudes mhGAP	Estigma explícito (distância social; atitudes); Estigma implícito (IAT)	16 meses (ponto final primário)	Redução média da distância social: Grupo RESHAPE: -10,6 pontos Grupo controlo: -2,8 pontos	Redução significativa da distância social no grupo intervenção.
Lisa D. Hawke et al., 2014	Mental Illness Stigma Scale (MISS); Social Distance Scale (SDS); Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA)	Estigma explícito: Atitudes estigmatizantes (MISS); Distância social (SDS); Atitudes clínicas (MICA)	1 mês após a intervenção	Reduções estatisticamente significativas nas dimensões: Ansiedade; Eficácia profissional; Perturbação da relação; Tratabilidade; Manutenção parcial dos efeitos a 1 mês.	Melhoria significativa em várias dimensões do estigma avaliadas pelo MISS e MICA imediatamente após a intervenção, com manutenção parcial a 1 mês
Maria Noonan et al., 2024	Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA-4); Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS); Reynolds Empathy Scale (RES)	Estigma profissional (atitudes clínicas); Comportamento intencional discriminatório; Componentes afetivos (empatia)	3 meses após a visualização	MICA-4: Redução estatisticamente significativa entre T1 e T2 ($p = 0.0001$) e entre T1 e T3 ($p = 0.0007$); RIBS: Aumento significativo comportamento intencional positivo T1–T2 ($p = 0.0004$); Sem significância mantida aos 3 meses.; RES (empatia): Aumento significativo imediato ($p =$	Melhoria das atitudes (MICA-4); Aumento de comportamentos intencionais positivos (RIBS); Aumento da empatia (RES)

				0.0006); Não significativo aos 3 meses.	
Lisa D. Hawke et al., 2014	Mental Illness Stigma Scale (MISS); Social Distance Scale (SDS); Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA)	Estigma explícito: Atitudes estigmatizantes (MISS); Distância social (SDS); Atitudes clínicas (MICA)	1 mês após a intervenção	Reduções estatisticamente significativas nas dimensões: Ansiedade; Eficácia profissional; Perturbação da relação; Tratabilidade; Manutenção parcial dos efeitos a 1 mês.	Melhoria significativa em várias dimensões do estigma avaliadas pelo MISS e MICA imediatamente após a intervenção, com manutenção parcial a 1 mês
Lisa D. Hawke et al., 2014	Mental Illness Stigma Scale (MISS); Social Distance Scale (SDS); Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA)	Estigma explícito: Atitudes estigmatizantes (MISS); Distância social (SDS); Atitudes clínicas (MICA)	1 mês após a intervenção	Reduções estatisticamente significativas nas dimensões: Ansiedade; Eficácia profissional; Perturbação da relação; Tratabilidade; Manutenção parcial dos efeitos a 1 mês.	Melhoria significativa em várias dimensões do estigma avaliadas pelo MISS e MICA imediatamente após a intervenção, com manutenção parcial a 1 mês
Casey Chu et al., 2022	Questionário de 43 itens desenvolvido a partir de três instrumentos validados; Incluindo 4 subescalas; Aceitação de socialização com pessoas com doença mental; Atitudes favoráveis à normalização de atividades e relações; Crença em causas sobrenaturais; Perspetiva biopsicossocial	Estigma público de natureza atitudinal e comportamental.; Distância social; Atitudes de normalização social; Crenças explicativas sobrenaturais; Modelo explicativo biopsicossocial	Não aplicável	Resultados estatisticamente significativos: Subescala Socialização: $p=0.010$; Subescala Normalização: $p=0.0003$; Subescala Bruxaria (causalidade sobrenatural): $p=0.025$; Resultado não significativo: Subescala Biopsicossocial: $p=0.472$	Mudança nas atitudes e crenças associadas ao estigma da doença mental, avaliadas através das quatro subescalas do questionário; Redução de atitudes estigmatizantes; Maior aceitação social; Menor atribuição da doença mental a causas sobrenaturais
Leslie Cartz-Piver et al., 2023	Dementia Negative Stereotype Scale (D-NS); Dementia Clinical	Estigma público/profissional de natureza atitudinal relativamente à	Não. Apenas pré-pós imediato.	Redução significativa do total de estereótipos negativos (TNS): De 34.2% para 29.9% ($p < 0.001$); Melhorias significativas nas	Redução dos estereótipos negativos sobre demência; Aumento significativo da confiança clínica (D-CO)

	Confidence Scale (D-CO)	demência; Estereótipos negativos; Percepção de riscos; Papel do médico; Dificuldades de comunicação		subdimensões: Papel do GP: 40.1% → 35.9%; Estigma: 38.7% → 35.5%; Riscos do diagnóstico: 39.0% → 33.3%; Falta de benefício: 29.3% → 24.6%; Dificuldades de comunicação: 19.9% → 16.9%; Todos $p < 0.001$	
Stephanie A. Hooker et al., 2023	Difference, Disdain, and Blame Scales	Estigma público/profissional de natureza atitudinal relativamente a pessoas com OUD, incluindo: Percepção de diferença; Desdém; Culpa/responsabilização	Uso da ferramenta CDS monitorizado durante 6 meses	Não houve diferença significativa entre grupos	Os principais desfechos relacionados com o estigma avaliados no estudo foram: Estigma global (pontuação total da escala) Percepção de diferença (Difference) Desdém (Disdain) Culpabilização / responsabilização (Blame)
Cassie M. Hasell et al., 2024	SDS — Social Distance Scale; AQ — Attribution Questionnaire; RIBS — Reported and Intended Behaviour Scale	Distância social; Atitudes (medo/simpatia); Intenção comportamental	Não	Efeito pequeno, mas significativo na SDS.	Redução da distância social (SDS)
Cassie M. Hasell et al., 2024	SDS — Social Distance Scale; AQ — Attribution Questionnaire; RIBS — Reported and Intended Behaviour Scale	Distância social; Atitudes (medo/simpatia); Intenção comportamental	Não	Efeito pequeno, mas significativo na SDS.	Redução da distância social (SDS)
Shannon Doherty et al., 2024	Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ)	Atitudes face à doença mental (estigma explícito atitudinal)	3 meses; 6 meses	Profissionais de Cuidados de Saúde Primários (PCP): Pós-formação inicial: +0.59 ($p=0.378$); Pós 3 meses: +0.63 ($p=0.689$); Pré 6 meses: +1.71 ($p=0.152$); Pós 6 meses: +1.43 ($p=0.229$); Profissionais de Cuidados de Saúde Primários	Variação das atitudes face à doença mental, medida pela pontuação total do Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ) ao longo dos seis momentos de avaliação (baseline, pós-formação inicial, pré e pós-

				(PCP): Todas as estimativas são positivas mostrando tendência consistente para redução do estigma; Nenhuma diferença foi estatisticamente significativa; A maior variação ocorreu no momento pré-reforço aos 6 meses (+1.71), ainda assim sem significância estatística.; Profissionais de Saúde Pública (PHP): Pós- formação inicial: +0.34 (p=0.422); Pós 3 meses: - 0.04 (p=0.938); Pré 6 meses: - 0.09 (p=0.884); Pós 6 meses: - 0.07 (p=0.902); Profissionais de Saúde Pública (PHP): Variações de pequena magnitude; Direção inconsistente (positiva inicial, negativa intermédia, praticamente nula aos 6 meses); Nenhuma diferença estatisticamente significativa.	reforço aos 3 e 6 meses), com análise separada para PCP e PHP.; O desfecho corresponde exclusivamente a estigma atitudinal explícito
Shannon Doherty et al., 2024	Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ)	Atitudes face à doença mental (estigma explícito atitudinal)	3 meses; 6 meses	Profissionais de Cuidados de Saúde Primários (PCP): Pós- formação inicial: +0.59 (p=0.378); Pós 3 meses: +0.63 (p=0.689); Pré 6 meses: +1.71 (p=0.152); Pós 6 meses: +1.43 (p=0.229); Profissionais de Cuidados de Saúde Primários (PCP): Todas as estimativas são positivas mostrando tendência consistente para redução do estigma; Nenhuma diferença foi estatisticamente significativa; A maior variação ocorreu no momento pré-reforço aos 6	Variação das atitudes face à doença mental, medida pela pontuação total do Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMIQ) ao longo dos seis momentos de avaliação (baseline, pós- formação inicial, pré e pós- reforço aos 3 e 6 meses), com análise separada para PCP e PHP.; O desfecho corresponde exclusivamente a estigma atitudinal explícito

				meses (+1.71), ainda assim sem significância estatística.; Profissionais de Saúde Pública (PHP): Pós-formação inicial: +0.34 (p=0.422); Pós 3 meses: -0.04 (p=0.938); Pré 6 meses: -0.09 (p=0.884); Pós 6 meses: -0.07 (p=0.902); Profissionais de Saúde Pública (PHP): Variações de pequena magnitude; Direção inconsistente (positiva inicial, negativa intermédia, praticamente nula aos 6 meses); Nenhuma diferença estatisticamente significativa.	
Caitlin Reddyhough et al., 2021	Implicit Association Task (IAT); Social Distance Scale (SDS)	Estigma implícito; Estigma explícito; Dimensões do estigma explícito avaliadas: Distância social; Medo/perigosidade; Interação/ajuda; Forçar tratamento; Emoções negativas	Não aplicável	Redução significativa do estigma explícito (SDS e AQ-20 total).; Redução significativa nas subescalas Fear/Dangerousness, Forcing Treatment e Help/Interact. do AQ-20; Sem alteração significativa na subescala Negative Emotions do AQ-20; Sem alteração significativa no estigma implícito (IAT)	Desfechos avaliados: IAT (d-score); SDS; AQ-20 total; AQ-20 subescalas
J. Irene Harris et al., 2019	Semantic Differential Scale (Servais & Saunders, 2007; revised by Harris et al., 2016); 24 itens → estigma face a pessoas com doença mental; 12 itens → estigma face a profissionais de saúde mental com experiência vivida; Escala tipo	Estigma explícito atitudinal (diferencial semântico); Distância social implícita nas dimensões avaliadas; Estigma Intra profissional (face a colegas com experiência vivida);	1 ano após baseline; 2 anos após baseline	Entre a Baseline e a avaliação do final do ano 1: Redução significativa do estigma face a profissionais com experiência vivida (p = 0.01); Sem alteração significativa no estigma face a clientes (p = 0.09); Sem alteração significativa na auto-divulgação (p = 0.23).; Entre a Baseline e a avaliação do final do ano 2: • Redução significativa do estigma	Estigma face a clientes (stigma toward clients); Estigma face a profissionais com experiência vivida; Número de auto-divulgações a colegas

	diferencial semântico (ex.: “safe...dangerous”, “similar to me...not at all like me”)	Cultura de não divulgação		face a clientes ($p = 0.01$); Redução significativa do estigma face a profissionais com experiência vivida ($p < 0.01$); Aumento significativo da auto-divulgação ($p = 0.03$).	
Akwatu Khenti et al., 2025	Opening Minds Survey for Health Care Providers (OMS-HC); OMS-15; Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (MICA); Modified Bogardus Social Distance Scale (Schizophrenia; Heroin Dependence); Recovery Assessment Scale (RAS — Mental Illness; Addiction); Recovery Self-Assessment — Revised (RSA-R)	Estigma atitudinal explícito (OMS-HC; MICA); Preferência por distância social (MBSDSS — Bogardus para esquizofrenia e para dependência por heroína); Crenças sobre recuperação (RAS; RSA-R) — ligação a estigma através de crenças sobre possibilidade de recuperação.; Estigma Intra institucional (análise de políticas e práticas — componente da intervenção, avaliado qualitativamente e via medidas de recuperação)	Follow-up aos 6, 12 e 18 meses após intervenção	OMS-HC - Redução significativa do estigma ao longo do tempo no grupo intervenção comparado com controlo ($p = 0.049$).; MICA - Redução significativa das atitudes estigmatizantes no grupo intervenção comparado com controlo ($p = 0.001$); Modified Bogardus Social Distance Scale — Schizophrenia Redução significativa da preferência por distância social relativamente a pessoas com esquizofrenia no grupo intervenção ($p = 0.025$); Modified Bogardus Social Distance Scale — Heroin Dependence Tendência para redução da distância social relativamente a pessoas com dependência de heroína, sem significância estatística ($p = 0.106$).; Recovery Assessment Scale — Mental Illness Tendência para melhoria das crenças relativas à recuperação na doença mental, sem significância estatística ($p = 0.105$); Recovery Assessment Scale — Addiction Tendência para melhoria das crenças relativas à recuperação na	OMS-HC total (desfecho focal para staff) — mudança ao longo do tempo entre grupos.; MICA total — mudança ao longo do tempo entre grupos.; MBSDSS (Schizophrenia e Heroin) — preferência por distância social.; RAS (Mental Illness / Addiction) — percepções de recuperação.; RSA-R — percepções relativas à recuperação (score geral); Número de colegas a quem o profissional revelou experiência vivida de problema de saúde mental ou uso de substâncias (workplace disclosure).

				dependência de substâncias, sem significância estatística ($p = 0.118$).	
Francisco José Eiroa-Orosa et al., 2021	Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC) Subescalas: Attitudes; Disclosure; Social distance; Beliefs and Attitudes towards Mental Health Service users' rights (BAMHS) Subescalas: Justification beliefs; Coercion; Paternalism; Discrimination	Estigma profissional dirigido a pessoas com diagnóstico de perturbação mental, incluindo: atitudes estigmatizantes; crenças discriminatórias; distância social; atitudes coercivas ou paternalistas no cuidado	Com duração de 3 meses	Redução significativa de estigma no follow-up a 1 mês. Em profissionais de cuidados de saúde primários observaram-se reduções no OMS-HC total ($t = 2.813$; $p < 0.01$) e na subescala Disclosure ($t = 2.534$; $p < 0.05$), sem diferenças significativas entre grupos; Nos profissionais de saúde mental observaram-se reduções em Beliefs ($z = -2.419$; $p < 0.05$), no BAMHS total ($z = -2.392$; $p < 0.05$) e na subescala Coercion ($t = 3.056$; $p < 0.005$). Os efeitos diminuíram no follow-up a 3 meses, sugerindo efeito de rebound.	Primary care (OMS-HC): atitudes face a pessoas com doença mental; disposição para divulgação de problemas de saúde mental (Disclosure); distância social (Social distance); Mental health professionals (BAMHS); crenças justificadoras da discriminação (Justification beliefs); atitudes coercivas face aos utilizadores (Coercion); atitudes paternalistas (Paternalism); atitudes discriminatórias (Discrimination)
Francisco Javier Barrantes et al., 2017	AQ-27 – Attribution Questionnaire 27 (versão portuguesa); Instrumento utilizado para avaliar preconceito e atitudes face às pessoas com doença mental.	Estigma público / atitudes e reações comportamentais face a pessoas com doença mental.	Não aplicável	Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos na maioria dos domínios do AQ-27; Apenas o domínio Evitamento apresentou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,007$)	Domínios do AQ-27 avaliados: Responsabilidade; Pena; Irritação; Perigosidade; Medo; Ajuda; Coação; Segregação; Evitamento
Bonnie N. Kaiser et al., 2022	Não aplicável — o estudo não utilizou instrumentos quantitativos de medição de estigma.; A avaliação do estigma foi realizada através de: entrevistas em	O estudo explora principalmente: estigma interpessoal (interpersonal stigma) entre profissionais de saúde e pessoas com doença mental; distância social (social	Entre 4 a 5 meses após a intervenção	Direção da mudança: redução do estigma e diminuição da distância social em relação às pessoas com doença mental.; Os profissionais relataram: diminuição do medo relativamente a pessoas com doença mental; maior empatia e	Diminuição do medo em relação a pessoas com doença mental; Redução de linguagem estigmatizante; Aumento da empatia; Reconhecimento da tratabilidade da doença mental; Maior disposição

	profundidade (in-depth interviews); análise temática (thematic analysis) dos relatos dos profissionais de saúde.	distance); atitudes e comportamentos estigmatizantes em contexto clínico.		compreensão; reconhecimento de que a doença mental é tratável; maior disposição para interagir e prestar cuidados.; A intervenção RESHAPE esteve associada a: maior disponibilidade para tratar pessoas com doença mental; maior confiança clínica; maior interação com pacientes.	para prestar cuidados; Aumento da confiança clínica.
Bonnie N. Kaiser et al., 2022	Não aplicável — o estudo não utilizou instrumentos quantitativos de medição de estigma.; A avaliação do estigma foi realizada através de: entrevistas em profundidade (in-depth interviews); análise temática (thematic analysis) dos relatos dos profissionais de saúde.	O estudo explora principalmente: estigma interpessoal (interpersonal stigma) entre profissionais de saúde e pessoas com doença mental; distância social (social distance); atitudes e comportamentos estigmatizantes em contexto clínico.	Entre 4 a 5 meses após a intervenção	Direção da mudança: redução do estigma e diminuição da distância social em relação às pessoas com doença mental.; Os profissionais relataram: diminuição do medo relativamente a pessoas com doença mental; maior empatia e compreensão; reconhecimento de que a doença mental é tratável; maior disposição para interagir e prestar cuidados.; A intervenção RESHAPE esteve associada a: maior disponibilidade para tratar pessoas com doença mental; maior confiança clínica; maior interação com pacientes.	Diminuição do medo em relação a pessoas com doença mental; Redução de linguagem estigmatizante; Aumento da empatia; Reconhecimento da tratabilidade da doença mental; Maior disposição para prestar cuidados; Aumento da confiança clínica.
Yin Ping Ng et al., 2017	Opening Minds Scale for Healthcare Providers – Malay version (OMS-HC-15-M)	O estudo avaliou estigma relacionado com doença mental entre profissionais de saúde, incluindo: atitudes negativas em relação a pessoas com doença mental;	Não houve follow-up	A intervenção esteve associada a melhorias estatisticamente significativas nas atitudes relacionadas com doença mental, observadas na pontuação total da escala e em todas as subescalas avaliadas.; Escala total (OMS-HC-15-M) ($p < 0.001$);	O desfecho principal do estudo foi a alteração nas atitudes estigmatizantes relacionadas com doença mental entre enfermeiros de cuidados de saúde primários, medida através da Opening Minds Scale for

		preferência por distância social e atitudes relacionadas com divulgação da doença mental e procura de ajuda		Atitudes negativas (Attitude subscale) ($p < 0.001$); Divulgação e procura de ajuda (Disclosure and Help-seeking subscale) ($p < 0.00$); Distância social (Social Distance subscale) ($p < 0.001$)	Healthcare Providers – Malay version (OMS-HC-15-M); Esta redução corresponde a uma diminuição de aproximadamente 14% na pontuação total, indicando redução das atitudes estigmatizantes; Considerando o Minimal Detectable Change (MDC = 7.76): 30% dos participantes ($n = 61$) apresentaram redução real das atitudes estigmatizantes; 70% não apresentaram mudança significativa; 1 participante apresentou aumento da pontuação
Patrick J. Michaels et al., 2014	Attribution Questionnaire – 9 items (AQ-9); Awareness Questionnaire (AwQ); Error Choice Test (EC); Self-Determination Scale (SDS); Recovery Scale (RS)	Estigma público; Preconceito em relação a pessoas com doença mental; Consciência do estigma no sistema de saúde mental	Não	s resultados para prestadores de serviços de saúde mental indicaram melhorias em várias dimensões relacionadas com estigma; Awareness Questionnaire(AwQ) - Foi observado um efeito estatisticamente significativo ($p < .001$) do grupo de prestadores que participaram no ASP workshop tendo apresentado maior consciência do estigma no sistema de saúde mental; Error Choice Test (EC): Foi observado um efeito estatisticamente significativo ($p < 0.001$) do grupo de prestadores que participaram no ASP workshop tendo apresentado níveis mais baixos	Aumento significativo da consciência do estigma (AwQ); Redução significativa do preconceito implícito/subtil (EC); Melhoria significativa nas atitudes relativas à autodeterminação de pessoas com doença mental; Não foram observadas alterações significativas em: estigma explícito (AQ-9); crenças sobre recuperação (RS).

				de preconceito em relação a pessoas com doença mental.; O estudo não encontrou efeito significativo da intervenção na medida explícita de estigma avaliada pelo AQ-9 para prestadores de serviços de saúde mental; O workshop ASP produziu uma interação significativa condição × tempo na Self-Determination Scale.(p < 0.01), o que demonstra que os prestadores que participaram no workshop apresentaram redução significativa das crenças negativas relativas à autodeterminação de pessoas com doença mental; Para a Recovery Scale, não foi observada interação significativa condição × tempo.(p = 0.09), o que significa que as atitudes dos prestadores relativamente ao potencial de recuperação das pessoas com doença mental não melhoraram significativamente após a intervenção	
Stephanie Knaak et al., 2015	Opening Minds Scale for Healthcare Providers (OMS-HC); Foram utilizadas duas versões da OMS-HC: versão original - avaliando estigma em relação a pessoas com doença mental (mental illness); versão específica para	Atitudes negativas em relação a pessoas com doença mental; Preferência por distância social; Atitudes relacionadas com divulgação ou procura de ajuda	Não	Estigma significativamente maior para perturbação da personalidade borderline (borderline personality disorder – BPD) do que para doença mental em geral na avaliação em T1 (survey type effect: p < .001); Redução significativa global das pontuações de estigma após a intervenção (time effect: p <	A intervenção esteve associada a: redução significativa do estigma em relação à perturbação da personalidade borderline (BPD); redução menor, mas significativa, do estigma em relação à doença mental em geral; melhorias nas dimensões de atitudes,

	BPD (BPD-specific OMS-HC) - avaliando estigma em relação a pessoas com perturbação da personalidade borderline (BPD)			.001); Redução significativa do estigma em relação à perturbação da personalidade borderline (borderline personality disorder – BPD) após a intervenção (pré: M = 37.56; pós: M = 32.83; $p < .001$).; Redução menor, embora significativa, do estigma em relação à doença mental em geral (mental illness) após a intervenção (pré: M = 30.35; pós: M = 29.28; $p = .026$).; A magnitude da redução foi significativamente maior para BPD do que para doença mental em geral (interaction time $\times$ survey type: $p < .001$).	divulgação/procura de ajuda e distância social, especialmente na versão da escala específica para BPD
Javeed Sukhera et al., 2020	Mental Illness Clinician Attitudes scale version 4 (MICA v4); Brief Mental Illness Attitudes Scale (BMIAAS)	Atitudes estigmatizantes explícitas relacionadas com doença mental entre profissionais de saúde, avaliadas através das escalas MICA v4 e BMIAAS, no contexto de uma intervenção educativa focada no reconhecimento e gestão do estigma implícito	Sim, 6 meses após a intervenção	Os resultados quantitativos variaram entre os três contextos clínicos avaliados; Urgência pediátrica – BMIAAS: Observou-se redução significativa do estigma entre pré e pós intervenção ($p = 0.015$), seguida de aumento significativo das pontuações no follow-up ($p = 0.005$), indicando não manutenção do efeito ao longo do tempo; Urgência pediátrica - MICA v4: Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos de avaliação ($p = 0.375$); Urgência de adultos (Adult Emergency Department): Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre pré e pós-intervenção na escala BMIAAS (p	Redução significativa das atitudes estigmatizantes em alguns contextos clínicos, particularmente em urgência pediátrica e internamento pediátrico; Ausência de alterações significativas em contexto de urgência de adultos; Ausência de manutenção consistente das mudanças ao longo do tempo, com resultados não sustentados no follow-up a 6 meses

				= 0.326) nem na escala MICA v4 (p = 0.69); Internamento pediátrico: Observou-se redução significativa do estigma entre pré e pós-intervenção na escala MICA v4 (p = 0.019) mas não houve alteração significativa entre pós-intervenção e follow-up (p = 0.1134). Não foram observadas alterações estatisticamente significativas nas pontuações da BMAS entre os momentos de avaliação.; Resultados globais (todos os participantes): Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre pré e pós-intervenção na escala BMAS. Observou-se redução significativa do estigma entre pré e pós-intervenção na escala MICA v4 (p = 0.011)	
Pamela Grandón et al., 2021	Health Professionals' Attitudes Towards People with a Mental Disorder Diagnosis Scale (EAPS-TM); Community Attitudes Towards Mental Illness (CAMI); Social Distance Scale (SD); Humane Treatment Behaviors in Health Care Personnel Scale (ECTH-PS)	O estudo avaliou estigma relacionado com perturbação mental grave (severe mental disorder – SMD) entre profissionais de saúde, incluindo: atitudes estigmatizantes; distância social; comportamentos de tratamento humanizado	Sim. 4 meses após o final do programa.	EAPS-TM: redução significativa do estigma em Stigmatizing Beliefs e Infantilization and Relational Distance (p < 0.001); Social Distance Scale (SD): aumento significativo de Closeness and Social Interaction e Intimacy and Trust (p < 0.001); CAMI: aumento significativo de Acceptance (p < 0.05) e redução significativa de Rejection of the setting up of mental health centres in the community (p < 0.01); ECTH-PS: Supportive Behaviours e Comfort sem	intervenção reduziu significativamente o estigma entre profissionais de cuidados de saúde primários, incluindo: crenças estigmatizantes; infantilização e distância relacional; distância social e rejeição da integração comunitária de serviços de saúde mental com tamanhos de efeito moderados a elevados e manutenção dos efeitos a 4 meses

				alterações estatisticamente significativas.	
Sara Rose Masland et al., 2018	Foi utilizado um questionário de 13 itens sobre atitudes e crenças dos clínicos relativamente à perturbação da personalidade borderline (BPD); O instrumento baseou-se numa escala previamente utilizada em estudos sobre formação STEPPS e workshops de GPM, com adaptação de itens e adição de novos itens relacionados com: empatia/compaixão por pessoas com BPD; desconforto em trabalhar com estes pacientes; confiança no diagnóstico; disponibilidade para tratar pacientes com BPD	O estudo avaliou estigma relacionado com perturbação da personalidade borderline entre profissionais de saúde mental, incluindo: atitudes negativas; evitamento de pacientes com BPD; crenças sobre prognóstico e tratamento; empatia e disponibilidade para tratar estes pacientes	6 meses após a intervenção	Mudança significativa nas atitudes ao longo do tempo para todos os 13 itens (ANOVA $p < 0.05$). Melhoria significativa em 9 itens entre pré e pós-formação (paired t-tests, $p < 0.05$). Melhoria significativa em 11 itens entre pré e follow-up (6 meses) (paired t-tests, $p < 0.05$). Em alguns itens, as mudanças emergiram apenas no follow-up, indicando efeito tardio da formação.	Redução de atitudes negativas em relação a pessoas com BPD; Aumento da percepção de competência profissional para tratar BPD; Redução do desconforto e da evitação em trabalhar com estes pacientes; Maior disponibilidade para aceitar pacientes com BPD
Elizabeth H. Flanagan et al., 2016	Characteristics Scale; Affective Reaction Scale; Social Distance Scale; Attribution Questionnaire; Recovery Knowledge Inventory; Competence Assessment Instrument	Estigma público de profissionais de saúde (provider public stigma), avaliado através de medidas explícitas de atitudes, crenças e reações emocionais autorreportadas relativamente a pessoas	Não.	Characteristics Scale & Affective Reaction Scale: Diminuição significativa dos estereótipos negativos ($p = 0.004$); Sem alteração significativa nas emoções negativas ($p = 0.25$); Social Distance Scale: Tendência para diminuição da distância social, mas não estatisticamente	O estudo avaliou dimensões de estigma (Characteristics Scale; Affective Reaction Scale; Social Distance Scale; Attribution Questionnaire) e outcomes relacionados com recuperação em saúde mental (Competence

		com doença mental e dependência.		significativa ($p = 0.06$); Attribution Questionnaire - Redução significativa de: percepção de perigosidade ($p = 0.03$); medo ($p < 0.001$); desejo de coerção para tratamento ($p = 0.02$); segregação ($p = 0.004$); evitamento ($p = 0.005$); Attribution Questionnaire - Aumento significativo de: desejo de ajudar ($p = 0.02$); Attribution Questionnaire - Sem diferenças significativas em: responsabilidade ($p = 0.27$); pena ($p = 0.66$); raiva ($p = 0.77$); Competence Assessment Instrument: Aumento significativo da orientação para recuperação ($p = 0.002$)	Assessment Instrument; Recovery Knowledge Inventory), utilizando vários instrumentos.; • Avaliação direta do estigma Diminuição observada em: estereótipos negativos; percepção de perigosidade; medo; coerção para tratamento; segregação; evitamento. Aumento observado em: desejo de ajudar. Sem alteração estatisticamente significativa: emoções negativas; responsabilidade; pena; raiva. Tendência de diminuição (não significativa): distância social.; Avaliação de outcomes relacionados com o estigma Aumento observado em: orientação para a recuperação na prática profissional. Sem alteração significativa: conhecimento sobre recuperação em saúde mental.
Alana Kennedy-Hendricks et al., 2022	As atitudes dos profissionais de saúde foram avaliadas através de itens derivados do General Social Survey (General Social	Estigma público de profissionais de saúde relativamente a pessoas com perturbação por uso de opióides (opioid use disorder – OUD).;	Não.	Atitudes em relação às pessoas com transtorno por uso de opióides: – 1. A exposição apenas às campanhas visuais (visual campaigns alone) não foi	O estudo avaliou dimensões de estigma (itens derivados do General Social Survey), incluindo distância social (social distance) e atitudes afetivas em relação a

	Survey–derived items) que medem distância social (social distance: recusa de casamento na família; recusa de vizinhança), atribuição de culpa (blame attribution: concordância de que pessoas com OUD têm apenas a si próprias a culpa) e atitudes afetivas (warmth toward people with OUD), avaliadas através de termómetro de sentimentos (feeling thermometer, escala 0–100).; Outcomes relacionados com estigma: o estudo avaliou ainda apoio ao aumento do financiamento governamental para tratamento da perturbação por uso de opióides (support for increased government spending on OUD treatment), considerado um indicador de atitudes políticas e apoio a políticas públicas relacionadas com o estigma.	Avaliado através de medidas explícitas de atitudes e distância social derivadas do General Social Survey.; A exposição à campanha Medication Treatment Works combinada com vinheta narrativa aumentou significativamente a atitude positiva (“warmth”) em relação a pessoas que recebem medicação para tratar OUD ($p=0.04$ para patient vignette e $p=0.04$ para administrator vignette), enquanto não foram observadas diferenças significativas noutras atitudes relacionadas com tratamento medicamentoso, incluindo distância social (ex.: recusa em ter um vizinho em tratamento medicamentoso: $p=0.17$).	associada a diferenças estatisticamente significativas relativamente ao grupo controlo: Words Matter diferença na recusa de casamento na família ($p=0.94$); Medication Treatment Works - diferença na recusa de casamento na família ($p=0.25$) 2. Efeito da campanha visual + vinheta de paciente - Words Matter + patient vignette: Associado a redução do estigma com menor probabilidade de recusar casamento na família ($p<0.01$), menor probabilidade de recusar ter uma pessoa com OUD como vizinho ($p=0.001$) e maior atitude positiva (“warmth”) em relação a pessoas com OUD ($p<0.001$) 3. Medication Treatment Works + patient vignette - Associado a redução do estigma com menor probabilidade de recusar casamento na família ($p=0.002$), menor probabilidade de recusar ter uma pessoa com OUD como vizinho ($p=0.001$) e maior atitude positiva (“warmth”) em relação a pessoas com OUD ($p=0.002$); 4. Words Matter + administrator vignette associado a maior atitude positiva (“warmth”) em relação a pessoas com OUD ($p=0.006$) 5. Medication Treatment Works + administrator vignette associado a maior atitude positiva (“warmth”) em relação a	pessoas com perturbação por uso de opióides (warmth toward people with opioid use disorder – OUD), bem como outcomes relacionados com o estigma, nomeadamente apoio ao aumento do financiamento governamental para tratamento de OUD, perceção da adequação de linguagem não estigmatizante e atitudes face ao tratamento medicamentoso para OUD (medication treatment for OUD); a exposição às mensagens Medication Treatment Works associou-se a redução da distância social e aumento do “warmth” em relação a pessoas com OUD, enquanto as mensagens Words Matter apresentaram efeitos limitados ou não significativos nas atitudes estigmatizantes.
--	---	--	---	---

				pessoas com OUD ($p = 0.003$) 6. Efeito da campanha visual + vinheta de clínico - Para ambos os enquadramentos de mensagem (Words Matter e Medication Treatment Works) a exposição à campanha visual combinada com vinheta de clínico não foi associada a níveis de estigma significativamente diferentes relativamente à não exposição ($p > 0.05$); 7. Comparação: campanha visual isolada vs campanha + vinheta de paciente - A exposição à campanha visual combinada com vinheta de paciente esteve associada a níveis mais baixos de estigma comparativamente à campanha visual isolada: Words Matter - menor recusa em ter pessoa com OUD como vizinho ($p = 0.01$); Medication Treatment Works menor recusa em ter pessoa com OUD como vizinho ($p = 0.04$); Linguagem estigmatizante 1. Melhoria na identificação de linguagem não estigmatizante: exposição às mensagens Words Matter, isoladamente ou combinadas com vinhetas narrativas (paciente, clínico ou gestor), associada a maior reconhecimento da adequação de linguagem não estigmatizante para descrever perturbações por uso de substâncias ($p < 0.001$) 2. Sem alteração	
--	--	--	--	--	--

				estatisticamente significativa: exposição às mensagens Medication Treatment Works, isoladamente ou combinadas com vinhetas narrativas, não produziu alterações significativas nas avaliações da adequação da linguagem ($p>0.05$); Melhoria nas atitudes face ao tratamento: 1. exposição às mensagens Medication Treatment Works, isoladamente ou combinadas com vinhetas narrativas (paciente, clínico ou gestor), associada a atitudes mais positivas relativamente ao tratamento medicamentoso para OUD ($p < 0.001$) 2. Aumento do apoio a políticas de tratamento: exposição às mensagens Medication Treatment Works, isoladamente ou combinadas com vinhetas narrativas (paciente, clínico ou gestor), associada a maior apoio ao aumento do financiamento governamental para tratamento da OUD ($p < 0.001$) 3. mensagens Words Matter, isoladamente ou combinadas com vinhetas narrativas, não produziram alterações significativas nas atitudes face ao tratamento medicamentoso ou no apoio ao financiamento governamental ($p>0.05$); Linguagem estigmatizante e termos	
--	--	--	--	--	--

				alternativos O estudo avaliou dimensões de estigma (itens derivados do General Social Survey), incluindo distância social (social distance) e atitudes afetivas em relação a pessoas com perturbação por uso de opióides (warmth toward people with opioid use disorder – OUD), bem como outcomes relacionados com o estigma, nomeadamente apoio ao aumento do financiamento governamental para tratamento de OUD, percepção da adequação de linguagem não estigmatizante e atitudes face ao tratamento medicamentoso para OUD (medication treatment for OUD); a exposição às mensagens Medication Treatment Works associou-se a redução da distância social e aumento do “warmth” em relação a pessoas com OUD, enquanto as mensagens Words Matter apresentaram efeitos limitados ou não significativos nas atitudes estigmatizantes.	
Brandon A. Kohrt et al., 2020	Avaliação do estigma: Social Distance Scale (SDS); Medidas adicionais relacionadas: 1. mhGAP attitudes assessment (atitudes) 2. mhGAP knowledge	Estigma dos profissionais de saúde (Provider-based stigma).; Distância social em relação a pessoas com doença mental	Sim. 4 meses após a formação e 16 meses após a formação	Redução significativa da distância social (Social Distance Scale) entre T0 e todos os momentos subsequentes; Social Distance Scale: 1. T0–T1 ($p = 0.002$) 2. T0–T2 ($p = 0.01$) 3. T0–T3 ($p = 0.002$); Redução	Redução da distância social em relação a pessoas com doença mental; Mudança nas atitudes sobre violência associada à doença mental.; Aumento da disposição para interagir e tratar pessoas com doença mental.

	assessment (conhecimento) 3. ENACT (competência clínica)			de atitudes estigmatizantes: 1. percepção de violência associada à doença mental 2. medo de interação com pessoas com doença mental 3. crença de que a doença mental não pode ser tratada	
Kim Helmus et al., 2019	Mental Illness Clinicians' Attitude Scale (MICA); Continuum Beliefs Questionnaire (CBQ)	O estudo avaliou atitudes estigmatizantes de profissionais de saúde mental em relação a pessoas com problemas de saúde mental.	Sim. 1 mês após o workshop	Redução não significativa das atitudes estigmatizantes no grupo intervenção na escala MICA ($p=0.13$); Foi observada aumento significativo das atitudes estigmatizantes no grupo de controle na escala MICA (p $=0.02$)	Atitudes estigmatizantes (MICA): ligeira diminuição no grupo intervenção (não significativa) e aumento significativo no grupo controle.; Continuum beliefs (CBQ): aumento significativo no grupo intervenção e ausência de alteração significativa no grupo controle.
Dejene Tilahun et al., 2019	Instrumento que avalia crenças e distância social em relação a crianças com autismo, adaptado do programa ante estigma da World Psychiatric Association para redução do estigma associado à esquizofrenia e posteriormente adaptado ao contexto do autismo e da Etiópia através de consenso de especialistas.; Questionário estruturado com caso clínico (vignette) Os participantes leram	Estigma avaliado através de: 1. crenças estigmatizantes (negativas e positivas) sobre crianças com autismo 2. distância social em relação a crianças com autismo.	Não aplicável.	Crenças negativas sobre crianças com autismo Comparações entre grupos: 1. HEAT vs grupo sem formação: crenças negativas significativamente menores ($p =$ 0.004) 2. HEAT+ vs grupo sem formação: crenças negativas significativamente menores ($p <$ 0.001) 3. HEAT+ vs HEAT: crenças negativas significativamente menores no HEAT+ ($p < 0.001$); Distância social em relação a crianças com autismo Comparações entre grupos: 1. HEAT vs grupo sem formação: distância social	Crenças negativas: diminuição significativa no grupo HEAT e HEAT+, com maior diminuição no HEAT+.; Distância social: diminuição significativa no grupo HEAT e HEAT+, com maior diminuição no HEAT+.; Crenças positivas: pontuações significativamente mais baixas no grupo HEAT+ comparado com o grupo sem formação.

	uma vinheta descrevendo uma criança com autismo e depois responderam a um questionário que avaliou: 1. crenças sobre autismo (Beliefs questionnaire) 2. distância social em relação a crianças com autismo (Social distance scale)			significativamente menor ($p < 0.001$) 2. HEAT+ vs grupo sem formação: distância social significativamente menor ($p < 0.001$) 3. HEAT+ vs HEAT: distância social significativamente menor no HEAT+ ($p = 0.017$); Crenças positivas sobre crianças com autismo Comparação entre grupos: 1. HEAT+ vs grupo sem formação: crenças positivas significativamente menores ($p = 0.01$) 2. Não foram observadas outras diferenças significativas entre grupos.	
Erin E. Michalak et al., 2014	Day's Mental Illness Stigma Scale (DMISS); Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale – Version 4 (MICA-4); Entrevistas qualitativas semiestruturadas	Estigma público / atitudes estigmatizantes (DMISS); Estigma entre profissionais de saúde (MICA-4)	Entre 3 a 4 meses após a intervenção.	Profissionais de saúde • DMISS: redução significativa imediata das atitudes estigmatizantes ($p < 0.001$); interação temporal com tendência quadrática ($p = 0.015$), indicando redução imediata seguida de retorno aos valores de baseline no follow-up. • MICA-4: sem alteração significativa imediata ($p = 0.123$); interação temporal com tendência quadrática ($p = 0.017$), com redução inicial e retorno aos níveis de baseline no follow-up.; Participantes relataram impacto positivo duradouro na compreensão da perturbação	Profissionais de saúde • Atitudes estigmatizantes (DMISS): diminuição significativa imediata após a intervenção, não mantida no follow-up. • Atitudes estigmatizantes (MICA-4): sem alteração significativa

				bipolar, incluindo maior empatia, esperança e abertura em relação às pessoas com BD. Mesmo quando não houve mudança nas escalas quantitativas, os participantes referiram impacto significativo na forma como percebiam o estigma e a experiência da doença.	
--	--	--	--	--	--

Apêndice VIII - Aspetos de implementação

Autor	Aceitabilidade/viabilidade	Barreiras	Facilitadores
Dinesh Mittal et al., 2020	Intervenções consideradas viáveis em horário clínico; Alta fidelidade de implementação (99%)	Persistência de estereótipos após intervenção; Alguns participantes relataram não ter aprendido informação nova	Intervenção de contacto percecionada como "desperately needed"; Valorização do testemunho pessoal; Preferência por formato face-to-face
Jing Ling Tay et al., 2025	A satisfação foi significativamente superior no grupo de intervenção (avaliada através da User Satisfaction Scale); Não se observaram diferenças significativas nos sintomas de ciberdoença (avaliados através do Visually Induced Motion Sickness Susceptibility Questionnaire)	Vozes consideradas artificiais; Desconforto associado ao headset; Pedido de maior interatividade	Experiência imersiva; Realismo; Caráter inovador da intervenção
Mahmut Reha Bayar et al., 2009	205 participantes (22% dos contactados).; Viabilidade de intervenção via Internet.	Viés de seleção; Viés de desejabilidade social; Limitação a profissionais com acesso à Internet; Natureza transversal e auto-relato	O estudo sugere que a Internet pode ser um instrumento eficaz para disseminar informação ante estigma.
Jie Li et al., 2015	Explicitamente considerado aceitável e viável.	Sobrecarga de trabalho dos profissionais; Amostra reduzida; Não foi avaliado impacto direto nos doentes	Integração da perspetiva de saúde pública; Supervisão baseada em necessidades; Enquadramento OMS mhGAP
Brandon A. Kohrt et al., 2021	Cumprimento dos critérios pré-definidos de viabilidade e aceitabilidade; elevada fidelidade de implementação; ausência de eventos adversos graves.	Abandono; Relapso sintomático (PWLE); Recusa familiar; Limitações de tempo; Preocupação com estigma adicional ao falar em público	Elevada fidelidade de implementação; Retenção adequada; Segurança da participação das pessoas com experiência vivida
Lisa D. Hawke et al., 2014	Os profissionais de saúde demonstraram apreciação pela intervenção e consideraram-na emocionalmente impactante.	Dimensão amostral reduzida; Ausência de grupo de controlo; Possível influência da desejabilidade social; Predominância feminina	A intervenção é considerada uma ferramenta potencialmente útil em campanhas de redução do estigma dirigidas a profissionais de saúde.
Maria Noonan et al., 2024	Elevada aceitabilidade (88% satisfeitos).; Intervenção considerada	Restrições associadas à pandemia COVID-19.; Limitações de tempo no	Inclusão de role play como elemento central facilitador.; Perceção de eficácia da

	estratégia educativa eficaz.; Role play identificado como componente mais eficaz.; Duração curta considerada adequada ao contexto clínico.	contexto clínico.; Amostra pequena e autoselecionada.; Seguimento limitado (3 meses) e redução da taxa de resposta no T3.	intervenção educativa em vídeo.; Formato breve ajustado às exigências do contexto clínico.
Lisa D. Hawke et al., 2014	Os profissionais de saúde demonstraram apreciação pela intervenção e consideraram-na emocionalmente impactante.	Dimensão amostral reduzida; Ausência de grupo de controlo; Possível influência da desejabilidade social; Predominância feminina	A intervenção é considerada uma ferramenta potencialmente útil em campanhas de redução do estigma dirigidas a profissionais de saúde.
Lisa D. Hawke et al., 2014	Os profissionais de saúde demonstraram apreciação pela intervenção e consideraram-na emocionalmente impactante.	Dimensão amostral reduzida; Ausência de grupo de controlo; Possível influência da desejabilidade social; Predominância feminina	A intervenção é considerada uma ferramenta potencialmente útil em campanhas de redução do estigma dirigidas a profissionais de saúde.
Casey Chu et al., 2022	Evidência qualitativa de boa aceitabilidade da formação e do modelo implementado; A formação foi implementada em 10 centros de cuidados de saúde primários.; A existência de formação de atualização semestral e fórum WhatsApp demonstra intenção de sustentabilidade e suporte contínuo.	Barreiras estruturais e financeiras; Escassez de profissionais de saúde mental; Falta de recursos materiais nos centros; Dificuldades logísticas na supervisão; Estigma comunitário e desinformação	Desenvolvimento de competências clínicas; Mudança ideológica e aumento de empatia; Fundo rotativo de medicamentos (Drug Revolving Fund); Fórum de suporte via WhatsApp
Leslie Cartz-Piver et al., 2023	Intervenção implementada com sucesso em quatro países.	O artigo não descreve barreiras operacionais da implementação.	O artigo não descreve explicitamente facilitadores operacionais da implementação.
Stephanie A. Hooker et al., 2023	Formação online de curta duração (25–35 minutos).	Formação pode ter sido demasiado breve; Ausência de controlo da fidelidade; Baixa utilização da ferramenta CDS; Medição do estigma baseada em autorrelato.	Familiaridade dos PCCs com o formato online.; Escalabilidade; Possibilidade de entrega a grandes grupos.; Baixo custo adicional após desenvolvimento.
Cassie M. Hasell et al., 2024	Elevada aceitabilidade da intervenção, com a maioria dos participantes a indicar que recomendaria a formação a colegas da mesma profissão.	Ausência de grupo controlo; Ausência de follow-up; Possível viés de desejabilidade social	Intervenção breve; Baixo consumo de recursos; Potencial de implementação ampla

Cassie M. Hasell et al., 2024	Elevada aceitabilidade da intervenção, com a maioria dos participantes a indicar que recomendaria a formação a colegas da mesma profissão.	Ausência de grupo controlo; Ausência de follow-up; Possível viés de desejabilidade social	Intervenção breve; Baixo consumo de recursos; Potencial de implementação ampla
Shannon Doherty et al., 2024	O artigo não apresenta avaliação formal de aceitabilidade.	Não são descritas barreiras operacionais específicas da implementação mhGAP neste artigo.; • Limitações metodológicas: Baixa consistência interna do instrumento AMIQ no contexto cultural estudado; Ausência de validação prévia do AMIQ para a população em estudo; Problemas de tradução e adaptação cultural (remoção de um item); Variação nos intervalos temporais entre formação inicial e sessões de reforço; Interrupções do estudo devido aos atentados de 2019 e à pandemia COVID-19 com possível impacto dessa variação temporal na retenção de conhecimentos e nos resultados de estigma	Não são descritos facilitadores operacionais explícitos.
Shannon Doherty et al., 2024	O artigo não apresenta avaliação formal de aceitabilidade.	Não são descritas barreiras operacionais específicas da implementação mhGAP neste artigo.; • Limitações metodológicas: Baixa consistência interna do instrumento AMIQ no contexto cultural estudado; Ausência de validação prévia do AMIQ para a população em estudo; Problemas de tradução e adaptação cultural (remoção de um item); Variação nos intervalos temporais entre formação inicial e sessões de reforço; Interrupções do estudo devido aos atentados de 2019 e à pandemia COVID-19 com possível impacto dessa variação temporal na retenção de conhecimentos e nos resultados de estigma	Não são descritos facilitadores operacionais explícitos.

Caitlin Reddyhough et al., 2021	Não há análise de aceitabilidade explícita.; Apenas 59, metade da amostra, completou as medidas de avaliação pré e pós-intervenção	Possível viés de auto-seleção; Amostra com atitudes implícitas já positivas à partida; Amostra proveniente de serviços específicos de psicose com possível maior otimismo clínico	Intervenção educativa associada à redução significativa do estigma explícito.
J. Irene Harris et al., 2019	A intervenção foi integrada em formatos institucionais já existentes de formação contínua, nomeadamente: Grand Rounds e Brown Bag sessions permitiu atingir 38% dos profissionais da Mental Health Service Line.; A implementação em formatos educativos já existentes é referida como vantagem operacional.	Risco pessoal associado à auto-divulgação; Disponibilidade de profissionais dispostos a partilhar experiência vivida	Utilização de contacto contínuo entre profissionais com o mesmo papel social; Utilização de estruturas educativas já existentes na organização
Akwatu Khenti et al., 2025	Intervenção implementada durante o horário regular dos CHCs e integrada nas atividades institucionais; equipas locais de champions facilitaram a coordenação e implementação do projeto.; A intervenção foi adaptada ao contexto organizacional de cada CHC, permitindo flexibilidade na implementação.	Rotatividade e disponibilidade variável do staff ao longo do estudo; taxas de resposta variáveis nos diferentes momentos de recolha de dados.	Equipas locais de Champions facilitaram: ligação com a equipa de investigação; recrutamento; disseminação do projeto; promoção de cultura organizacional antiestigma.; Formação baseada em contacto com pessoas com experiência vivida; Abordagem organizacional multicomponente incluindo: formação; campanhas de sensibilização; intervenção artística; análise de políticas institucionais.
Francisco José Eiroa-Orosa et al., 2021	Intervenção implementada em 12 centros de cuidados de saúde (cuidados primários e saúde mental) com profissionais de múltiplas categorias; resultados comparáveis a intervenções ante estigma semelhantes.; O estudo refere que intervenções deste tipo podem produzir efeitos positivos comparáveis a intervenções semelhantes realizadas noutros contextos.	Elevada taxa de perda de participantes ao longo do follow-up; não preenchimento de questionários baseline e follow-up; elevada pressão assistencial nos serviços; interferência de eventos organizacionais (greves e avaliações institucionais).	Colaboração entre organização ante estigma (Obertament) e instituições de saúde; intervenção conduzida por ativistas com experiência vivida; apoio institucional do Department of Health of the Catalan Government.

Francisco Javier Barrantes et al., 2017	Intervenção formativa implementada no âmbito do projeto institucional “Luta contra o Estigma”.	Não reportadas.	Não reportados.
Bonnie N. Kaiser et al., 2022	O estudo não apresenta uma avaliação formal de aceitabilidade ou viabilidade da intervenção. Contudo, descreve a implementação da formação em saúde mental em cuidados de saúde primários, incluindo a participação de utilizadores de serviços, cuidadores e aspirational figures como cofacilitadores durante as sessões de formação	Possível viés de desejabilidade social devido ao facto de um dos entrevistadores ter participado previamente como formador em algumas sessões da intervenção.; Discussão explícita do estigma durante a formação podendo influenciar respostas; Diferenças no tamanho das amostras entre braços do estudo	O estudo não identifica explicitamente facilitadores da implementação da intervenção
Bonnie N. Kaiser et al., 2022	O estudo não apresenta uma avaliação formal de aceitabilidade ou viabilidade da intervenção. Contudo, descreve a implementação da formação em saúde mental em cuidados de saúde primários, incluindo a participação de utilizadores de serviços, cuidadores e aspirational figures como cofacilitadores durante as sessões de formação	Possível viés de desejabilidade social devido ao facto de um dos entrevistadores ter participado previamente como formador em algumas sessões da intervenção.; Discussão explícita do estigma durante a formação podendo influenciar respostas; Diferenças no tamanho das amostras entre braços do estudo	O estudo não identifica explicitamente facilitadores da implementação da intervenção
Yin Ping Ng et al., 2017	O estudo não avaliou formalmente aceitabilidade ou viabilidade da intervenção através de instrumentos específicos de avaliação de implementação	Fidelidade parcial da intervenção A intervenção não incluiu todos os componentes recomendados para intervenções ante estigma, como: skills-training; interação direta com facilitadores.; Restrições de tempo e recursos financeiros; Limitações do estudo: possível “Hawthorne Effect”; ausência de follow-up; desenho de estudo quasi-experimental; avaliação psicométrica incompleta da escala	Utilização de contacto social mediado por vídeo; Integração de múltiplos componentes educativos; Produção técnica da intervenção

Patrick J. Michaels et al., 2014	A fidelidade da implementação foi monitorizada através de uma medida de fidelidade (fidelity measure), que avaliou a adesão dos facilitadores ao manual da intervenção. Foi observada taxa de adesão de 96.5% ao manual do programa, indicando elevada fidelidade de implementação	O artigo não identifica explicitamente barreiras relacionadas com a implementação da intervenção.; Limitações do estudo (resumo para tabela): Possível viés de seleção entre prestadores de serviços devido ao recrutamento com oferta de continuing education credits (CEUs); Participantes com doença mental recrutados em serviços de saúde mental, podendo ter exposição prévia a iniciativas ante estigma; Ausência de dados sobre diagnóstico psiquiátrico dos participantes com doença mental; Utilização exclusiva de medidas de autorrelato (self-report measures), sem avaliação de comportamento observável; Ausência de follow-up, limitando a avaliação da sustentabilidade dos efeitos da intervenção.	Abordagem participativa; Estrutura interativa da intervenção; Inclusão de contacto com experiência vivida
Stephanie Knaak et al., 2015	O estudo não avaliou formalmente aceitabilidade da intervenção. Contudo, 191 dos 230 participantes registados completaram os questionários pré e pós-intervenção (taxa de resposta de 83%), sugerindo boa adesão dos participantes ao workshop.	O artigo não descreve barreiras específicas relacionadas com a implementação da intervenção; Barreiras / limitações do estudo: Ausência de grupo de controlo, limitando a determinação da eficácia específica da intervenção (p.7); Utilização de versão modificada da OMS- HC específica para BPD, cuja validade psicométrica completa ainda não foi totalmente avaliada (p.7); Avaliação baseada apenas em medidas de autorrelato de atitudes e intenções comportamentais, sem evidência de mudança em comportamentos clínicos reais	educação + treino de competências + contacto social com experiência vivida (BPD).

Javeed Sukhera et al., 2020	O artigo não apresenta uma avaliação formal de aceitabilidade ou viabilidade da intervenção através de instrumentos específicos de implementação.; Contudo, a avaliação qualitativa descreveu percepções dos participantes relativamente a mudanças sustentáveis na perspetiva e na prática clínica, associadas ao workshop de reconhecimento e gestão do estigma implícito	Ausência de reforço pós-intervenção no local de trabalho; Ausência de abordagem baseada em equipa em alguns contextos; Diferenças entre contextos organizacionais / ausência de abordagem de equipa	Discussão aberta sobre estigma entre colegas; Reforço social dentro das equipas; Aprendizagem interprofissional
Pamela Grandón et al., 2021	Durante o estudo piloto do programa, 86% dos participantes avaliaram os conteúdos, materiais didáticos, atividades, discussões e reflexões como úteis ou muito úteis, sugerindo boa aceitabilidade da intervenção	O artigo não descreve barreiras específicas relacionadas com a implementação da intervenção nos centros de saúde.	Participação de pessoas com diagnóstico de perturbação mental grave em todas as fases do programa, incluindo conceção e implementação; Combinação de estratégias de educação, contacto e desenvolvimento de competências, componentes frequentemente associadas a intervenções ante estigma eficazes; Envolvimento da liderança dos centros de saúde através de sessões específicas com gestores; Design participativo e culturalmente contextualizado, baseado em investigação qualitativa prévia sobre estigma em cuidados de saúde primários
Sara Rose Masland et al., 2018	O estudo não apresenta uma avaliação formal de aceitabilidade ou viabilidade da intervenção.; Contudo, no follow-up de 6 meses, os participantes relataram utilizar princípios do Good Psychiatric Management (GPM) na prática clínica	Elevada taxa de abandono	Não reportados

Elizabeth H. Flanagan et al., 2016	A intervenção foi considerada aceitável pelos prestadores de cuidados de saúde.; Numa escala de 1 a 7 (7 = avaliação mais elevada), os participantes que assistiram à performance reportaram: Gostaram da performance (média = 6.5 ± 0.7); Mudança moderada na compreensão das pessoas com doença mental (média = 4.4 ± 0.9); Mudança moderada na prática clínica enquanto prestadores de cuidados primários (média = 4.3 ± 1.0)	Dificuldade no recrutamento de prestadores de cuidados de saúde em cuidados primários.	Apoio institucional ao nível organizacional.
Alana Kennedy-Hendricks et al., 2022	Intervenção implementada com sucesso através de experiência online	Não são reportadas barreira à implementação.; Limitações do estudo: amostra não probabilística, vinhetas não baseadas em pessoas reais, exposição única às mensagens, contexto da pandemia e ausência de avaliação de impacto clínico.	Combinação de campanha visual + narrativa de paciente e mensagens sobre eficácia do tratamento medicamentoso associadas a maior redução de estigma
Brandon A. Kohrt et al., 2020	Os profissionais de cuidados de saúde relataram perceções positivas da formação e da interação com utilizadores de serviços de saúde mental durante a intervenção.; Profissionais referiram que ver e ouvir diretamente pessoas com doença mental em recuperação foi particularmente importante para a sua perceção da possibilidade de tratamento e recuperação.; O artigo refere também que os participantes consideraram útil interagir com “real patients” durante a formação, o que contribuiu para compreender melhor a melhoria possível após tratamento.	Possível estigmatização por colegas que não participaram na formação.; Necessidade de formação mais alargada a outros profissionais da unidade para apoiar a implementação.	Contacto direto com utilizadores de serviços de saúde mental; Testemunhos de recuperação; Interação com profissionais “aspirational figures”; Atividades colaborativas entre profissionais e utilizadores de serviços

Kim Helmus et al., 2019	Não reportado.	Possível viés de desejabilidade social nas respostas sobre estigma.	Não reportado.
Dejene Tilahun et al., 2019	O artigo não apresenta uma avaliação formal de aceitabilidade ou viabilidade da intervenção; Contudo, o estudo refere que: 1. a formação HEAT já tinha sido implementada no programa nacional de formação de health extension workers; 2. mais de 12.700 HEWs tinham concluído o programa de formação HEAT no momento do estudo. 3. Os materiais HEAT e HEAT+ foram desenvolvidos por especialistas em saúde mental da Etiópia e do Reino Unido.	O artigo não descreve barreiras de implementação da intervenção.	Utilização de vídeos educativos nos materiais HEAT+;; Guia prático de saúde mental (mental health pocket guide) com orientações para deteção e apoio às famílias;; Formação concebida para ser culturalmente e contextualmente adequada ao contexto etíope.
Erin E. Michalak et al., 2014	A intervenção apresentou elevados níveis de aceitação e satisfação entre os participantes.; A maioria dos participantes considerou que a intervenção poderia alterar a aceitação pública da perturbação bipolar	Amostra auto-selecionada.; Ausência de grupo de controlo.; Possível viés de desejabilidade social nas escalas de estigma.	Narrativa autobiográfica baseada em experiência vivida.; Forte impacto emocional da performance.; Sessão de perguntas e respostas com a atriz após a peça.

Anexos

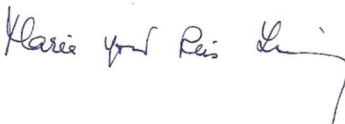
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV) FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	O estigma associado às pessoas com doença mental por parte dos profissionais de saúde
Proponentes do projeto	Daniel Augusto Cirne Marques, Sofia Margarida Guedes de Campos
Investigador responsável	Professora Doutora Tânia Correia
Data de submissão	23/01/2026
Data da aprovação do parecer	26/02/2026
A presidente da CE do IPV	 Maria João Reis Lima

PARECER N.º 09/SUB/2026

☒ PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
☐ PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
☐ PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos Com possibilidade de ressubmissão após consideração das recomendações



(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

O projeto intitula-se de «O estigma associado às pessoas com doença mental por parte dos profissionais de saúde». Visa estudar o estigma associado à saúde mental que constitui uma barreira significativa ao acesso, adesão e continuidade dos cuidados, com impacto negativo na recuperação e na qualidade de vida das pessoas com experiência de doença mental. Nesse sentido, o projeto visa contribuir para a compreensão aprofundada das múltiplas dimensões do estigma em saúde mental: individual, social e institucional, para a identificação de fatores que o perpetuam nos diferentes contextos de cuidados, formativos e comunitários e estratégias de intervenção na prevenção e combate ao estigma.

O projeto aspira, ainda, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental, para o reforço do papel do enfermeiro especialista e para a promoção da literacia e da justiça social em saúde mental.

Quanto aos objetivos do estudo, os mesmos visam um objetivo geral traduzido na análise das perceções, emoções, atitudes, comportamentos e práticas dos enfermeiros face às pessoas com doença mental, bem como as estratégias de intervenção propostas para a promoção de cuidados em saúde mental livres de discriminação, bem como em objetivos específicos tais como: Analisar o estigma associado a pessoas com doença mental por parte dos enfermeiros; Analisar as atitudes e práticas destes profissionais de saúde face às pessoas com doença mental; Identificar Estereótipos (cognitivo) Preconceitos (emocional/atitude) e Discriminação (comportamental/prática) associados ao estigma em saúde mental por parte dos enfermeiros; Identificar estratégias de intervenção propostas por enfermeiros na redução do estigma em saúde mental e Contribuir para o conhecimento sobre o estigma por parte dos enfermeiros e estratégias de intervenção na redução do estigma nesta área.

No que respeita à fundamentação ética o estudo proposto visa estudar o estigma associado às pessoas com doença mental por parte dos enfermeiros, recorrendo a entrevista semi-estruturadas.

A sua realização justifica-se eticamente pela relevância científica e clínica do fenómeno em estudo e pelo contributo esperado para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental. Os ganhos em conhecimento incluem o aprofundamento da compreensão deste fenómeno, permitindo identificar práticas potencialmente estigmatizantes e orientar o desenvolvimento de intervenções formativas e organizacionais. Os resultados poderão ainda contribuir para a promoção de cuidados centrados na pessoa e livres de discriminação, com impacto no bem-estar das pessoas com doença mental e na prática de Enfermagem.



(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

A data prevista para o início de trabalho será a 15/01/2026 e a data prevista de recolha de dados será a 18/01/2026. A data prevista do fim da recolha de dados será a 30/01/2028 e a data prevista do fim dos trabalhos a 30/02/2028.

Quanto à metodologia, trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, com recurso a entrevista semiestruturada. A população alvo do estudo são os Enfermeiros com inscrição na Ordem dos Enfermeiros a exercer funções no momento da recolha de dados, na região norte de Portugal, com experiência mínima de dois (2) anos.

São critérios de inclusão: Enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros; Em exercício de funções em qualquer serviço ou área de cuidados no momento da entrevista; Experiência mínima de 2 anos; A exercer funções na região norte de Portugal. São critérios de exclusão: Recusa em participar no estudo; Experiência profissional inferior a 2 anos.

A investigação decorrerá em Vila Real e Porto, em local público a combinar ou online por videoconferência em acordo com os participantes. Estes serão entrevistados fora do seu horário laboral.

A recolha de dados será feita de Inquérito sociodemográfico e Entrevista semiestruturada.

No que concerne à anonimização e à confidencialidade de dados serão asseguradas através de procedimentos rigorosos, em conformidade com os princípios éticos da investigação e com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD). Os dados recolhidos não permitirão a identificação direta dos participantes, sendo atribuídos códigos alfanuméricos a cada participante, utilizados em todos os instrumentos de recolha e ficheiros de análise. Não serão recolhidos dados pessoais identificativos, como nomes, contactos, números de identificação ou outras informações que permitam a identificação direta ou indireta dos participantes. Eventuais referências identificáveis presentes nos discursos serão removidas ou codificadas durante o processo de transcrição. O acesso aos dados será restrito exclusivamente aos investigadores envolvidos no estudo, os quais se encontram vinculados ao dever de confidencialidade. Os dados em formato digital serão armazenados em dispositivos eletrónicos protegidos por palavra-passe e, sempre que aplicável, em plataformas institucionais seguras com acesso limitado. Eventuais documentos em suporte físico serão guardados em local fechado e de acesso restrito.

Os dados serão conservados apenas pelo período necessário para a realização da sua análise, elaboração da dissertação e divulgação científica dos resultados, de acordo com as normas institucionais e legais em vigor. Após este período, os dados serão eliminados.

A participação no estudo será totalmente voluntária. O consentimento será prestado de forma livre e consentida.



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

Dada a natureza do estudo, exploratório e não experimental, não são expectáveis danos ou descobertas acidentais para os participantes.

Em caso de descobertas acidentais ou de eventuais danos para os participantes, estão previstos procedimentos éticos ajustados à natureza exploratória e qualitativa do estudo, salvaguardando o bem-estar, a dignidade e os direitos dos enfermeiros participantes.

Caso surjam descobertas acidentais relevantes, como relatos de práticas potencialmente discriminatórias, dilemas éticos ou fragilidades institucionais, estas serão tratadas exclusivamente no plano científico e reflexivo, de forma anonimizada e agregada, não sendo utilizadas para qualquer finalidade disciplinar ou avaliativa, garantindo a confidencialidade dos participantes e das instituições envolvidas.

Embora não estejam previstos benefícios diretos e imediatos para os participantes, a participação neste estudo poderá constituir uma oportunidade de reflexão crítica sobre as próprias atitudes, crenças e práticas profissionais relacionadas com o estigma em saúde mental, promovendo maior consciência e sensibilidade para o tema.

Este processo reflexivo pode contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, reforçando práticas mais humanizadas, inclusivas e centradas na pessoa. Adicionalmente, o estudo poderá favorecer a valorização da voz dos enfermeiros, reconhecendo as suas experiências, desafios e necessidades no contacto com pessoas com doença mental, o que pode ter um efeito positivo no sentimento de reconhecimento profissional.

Não existem custos associados para os sujeitos da investigação.

RECOMENDAÇÕES

O investigador responsável atendeu a todas as recomendações da CE-IPV, nomeadamente:

- a) Se faça a referência à Lei 58/2019 de 08/08, ao Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados bem como ao Código Civil (caso exista gravação de imagem ou som);
 - b) Atualizem as datas previstas, para fase posterior à emissão de Parecer favorável por esta CE.
-



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não ☒ Sim ☐

Motivos (obrigatório se Sim):

Tempo apropriado (obrigatório se Sim):



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

QUESTÕES ÉTICAS 1
SERES HUMANOS

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?
Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.5. São crianças ou menores de idade?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.6. São pacientes?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?
Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.
Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação para esta participação.
 Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.
 Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.
 Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.
 Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.
 Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas
 Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 2
PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?
 Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?
 Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 2.3. Envolve o processamento de informação genética?
 Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?
 Não ☐ Sim ☒ Não aplicável ☐
- 2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?
 Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐



(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.
 Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.
 Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☒ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 3
ANIMAIS

- 3.1. Esta investigação envolve animais?
 Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 3.2. Esses animais são vertebrados?
 Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?
 Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?
 Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?
 Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?
 Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

3.7. REQUISITOS – ANIMAIS

- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas
 Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐
- 3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados
 Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐



(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

**QUESTÕES ÉTICAS 4
PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐

4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL

4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐



Comissão de Ética

Politécnico
de Viseu

(parecer_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

4.4.3.O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

4.4.4.Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não ☐ Sim ☐ Não aplicável ☒ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐

QUESTÕES ÉTICAS 5
OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não ☒ Sim ☐ Não aplicável ☐ já fornecido ☐ detalhes adicionais ☐