



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FLÁVIO VELOSO RIBEIRO

**AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO ESTIGMA
RELACIONADO A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: revisão sistemática
com análise crítica**

Palmas/TO

2024

Flávio Veloso Ribeiro

**AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO ESTIGMA
RELACIONADO A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: revisão sistemática
com análise crítica**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins como requisito à obtenção do título em Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Rodrigo Baldaçara.

Coorientador: Prof^ª. Dr^a Gessi Carvalho de Araújo Santos.

Palmas/TO

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

R484a Ribeiro, Flávio Veloso

Avaliação das intervenções práticas de como lidar com estigma dos transtornos mentais: revisão sistemática com análise crítica [recurso eletrônico] / Flávio Veloso Ribeiro. -- Palmas/TO, 2024.

85 f.; il. Color.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO, 2024.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Rodrigo Baldaçara Amaral.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Gessi Carvalho de Araújo Santos.

1. Estigma social. 2. Transtornos mentais. 3. Revisão sistemática. I. Amaral, Leonardo Rodrigo Baldaçara. II. Santos, Gessi Carvalho de Araújo III. Título.

CDU 159.9-055.6

Flávio Veloso Ribeiro

**AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO ESTIGMA
RELACIONADO A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: revisão sistemática
com análise crítica**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Tocantins como
requisito à obtenção do título em Mestre em
Ciências da Saúde.

Data de aprovação: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Rodrigo Baldaçara (UFT)

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª Gessi Carvalho de Araújo Santos (UFT)

Prof. Dr. Victor Rodrigues Nepomuceno , (UFT)

Prof^ª. Dr^ª Patrícia Ferreira Nomelline - membro externo (FESP)

Dedico este trabalho aos familiares que sempre me apoiaram na jornada dos estudos, ao Prof Dr Leonardo Rodrigo Baldaçara que sempre me fez desafiar limites.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores desse programa, por sempre estimular o pensamento crítico, mas com objetivo de novas mudanças e formulações de estratégias para resultados solucionadores de problemas. Em especial a oportunidade em que à Universidade Federal do Tocantins pelo Programa de Pós – Graduação em *Stricto Sensu* em Ciência da Saúde me concedeu em mais uma vez proporcionar realização e capacitação profissional.

Aos familiares em especial esposa Juliana por incentivar na caminhada dessa jornada. Agradecer ao orientador Prof. Dr Leonardo Rodrigo Baldaçara Amaral e coorientador Prof^a. Dr^a Gessi Carvalho de Araújo Santos pelos valiosos ensinamentos na construção desse trabalho.

Grato ao meu querido colega Railson Freitas pela disponibilidade e empenho junto ao desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Estigma ainda é um fenômeno muito presente em nossa sociedade, por consequência muitas vezes levando a perda da dignidade pelo preconceito de outras pessoas. O comprometimento do direito à saúde ocorre nas mais variadas formas de estigma, isso em virtude de visões preconcebidas que fragilizam os cuidados em saúde. O objetivo deste trabalho foi identificar as formas de manejo do estigma dos transtornos mentais, avaliando a eficácia de estratégias para redução e eliminação do estigma. Trata-se de uma revisão de revisões sistemáticas, a qual utilizou o protocolo Prisma e está registrada no PROSPERO como CRD42022369853. A pesquisa recrutou artigos publicados no período de ano de 2019 a 2023 sem restrição de idioma, nos bancos de dados SciELO, Medline (pelo PubMed) e Google Scholar. Nesta pesquisa participaram três médicos psiquiatras nas etapas do: processo de seleção; coleta e seleção de dados; risco de viés; qualidade metodológica. Para avaliação do risco viés foi utilizado ROBIS para RS e Manual Cochrane para Desenvolvimento de Revisões Sistemáticas de Intervenção para ECR, enquanto *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence* avaliou a qualidade metodológica. Após revisão por pares, foram incluídos 13 artigos com intervenção ao estigma dos transtornos mentais, do transtorno depressivo e ansioso, transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia. Intervenções de alfabetização em saúde mental que aplicaram vídeo ou contato a pessoas que tiveram experiência com transtorno mental, apresentaram resultado estatístico significativo na pós intervenção ($p=0,03$). Resultado positivo para intervenções para grupos de mensagens biomédicas quando comparado a um grupo com mensagens recomendadas. Programa de psicoeducação on-line que continham vídeos de pessoas com experiência vivida com depressão e ansiedade, declínio no escore do estigma pós-teste: *depressão* ($p < 0,001$); *ansiedade* ($p < 0,001$). Programa educacional para farmacêuticos contendo palestra com psiquiatra e atividade (entrevista com pacientes, discussão para esclarecer experiência dos pacientes, e aprendizagem a partir da experiência com os pacientes), mostrou melhorias acentuadas. Limitações encontradas no estudo: a) redução do estigma não era desfecho primário em alguns estudos; b) pouca apresentação estatística nos resultados relatados. Diante dos resultados encontrados, torna-se evidente que, deve haver implementação constante de intervenções com objetivo de reduzir o estigma, e que elas sejam efetivas e passíveis de serem replicadas em vários grupos de intervenção.

Palavras-chave: Estigma; Intervenção; Transtornos mentais.

ABSTRACT

Stigma is still a very present phenomenon in our society, consequently often leading to the loss of dignity due to the prejudice of other people. The compromise of the right to health occurs in the most varied forms of stigma, due to preconceived views that weaken health care. The objective of this study was to identify the ways of managing the stigma of mental disorders, evaluating the effectiveness of strategies to reduce and eliminate stigma. This is a review of systematic reviews, which used the Prisma protocol and is registered in PROSPERO as a CRD42022369853. The research recruited articles published from 2019 to 2023 without language restrictions, in the SciELO, Medline (by PubMed) and Google Scholar databases. In this research, three psychiatrists participated in the stages of: selection process; data collection and selection; - risk of bias; methodological quality. To assess risk bias, ROBIS for SR and the Cochrane Manual for the Development of Systematic Reviews of Intervention for RCTs were used, while *the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence* assessed methodological quality. After peer review, 13 articles were included with intervention to the stigma of mental disorders, depressive and anxiety disorder, bipolar affective disorder, and schizophrenia. Mental health literacy interventions that applied video or contact to people who had experience with mental disorders presented a statistically significant result in the post-intervention ($p=0.03$). Positive outcome for interventions for biomedical message groups when compared to group with recommended messages. On-line psychoeducation program that contained videos of people with lived experience with depression and anxiety, decline in post-test stigma score: *depression* ($p < 0.001$); *anxiety* ($p < 0.001$). Educational program for pharmacists containing a lecture with a psychiatrist and activity (interview with patients, discussion to clarify patients' experience, and learning from experience with patients), showed marked improvements. Limitations found in the study: a) stigma reduction was not a primary outcome in some studies; b) little statistical presentation in the reported results. In view of the results found, it is evident that there must be constant implementation of interventions aimed at reducing stigma, and that they are effective and capable of being replicated in various intervention groups.

Keywords: Stigma; Intervention; Mental disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-------------|---|----|
| Fluxograma1 | – PRISMA 2020: para as novas revisões sistemáticas que incluam buscas nas bases de dados | 28 |
| Quadro 1 | – Características dos estudos excluídos | 29 |
| Quadro 2 | – Intervenções ao estigma dos transtornos mentais | 33 |
| Quadro 3 | – Análise descritiva dos transtornos mentais | 40 |
| Quadro 4 | – Intervenções ao estigma do transtorno depressivo e ansiedade | 43 |
| Quadro 5 | – Análise descritiva do transtorno depressivo e ansiedade | 48 |
| Quadro 6 | – Redução do estigma relacionado a esquizofrenia e transtorno bipolar | 51 |
| Quadro 7 | – Intervenções ao estigma do transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia | 55 |
| Quadro 8 | – ROBIS: Ferramenta para avaliar risco de viés em revisões sistemáticas..... | 57 |
| Quadro 9 | – Colaboração cochrane – RCT (Ferramenta da Colaboração Cochrane para avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados)..... | 58 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIVDs | Atividades Instrumentais de Vida Diária |
| BMM | Mensagens biomédicas |
| CEBM | Levels of Evidence Working Group |
| CID-10 | 10 ^a edição da Classificação internacional de diagnóstico |
| DA | Doença de Alzheimer |
| DI | Deficit intelectual |
| DSM-5 | 5 ^a edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais |
| DSS | Escala de Estigma da Depressão |
| ECR | Ensaio clínico randomizado |
| EUA | Estados Unidos da América |
| Ex | Exemplo |
| GASS | Escala de estigma de ansiedade generalizada |
| GRADE | Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation |
| GI | Grupo intervenção |
| GC | Grupo controle |
| HIV/SIDA | Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da imunodeficiência adquirida |
| IC | Intervalo de confiança |
| MAKS | Mental health cronograma de conhecimento |
| MAXQDA | Software para análise de dados qualitativos |
| MICA | Uma Doença Mental: Escala de Atitudes dos Clínicos |
| MIDUS | Escala de Compreensão de Doenças e Transtornos Mentais |
| OR | Odds ratio |
| PICO | População Intervenção Comparação Desfecho |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Review and MetaAnalysis |
| PROSPERO | International prospective register of systematic reviews |
| RCM | Mensagem recomendada |
| RIBS | Escala de Comportamento Relatado e Pretendido |
| RR | Risco relativo |

| | |
|------|--|
| RS | Revisão sistemática |
| SPQ | Formulário breve de personalidade esquizótipica |
| SSCP | Escala de Estigma para Esquizofrenia para Farmacêuticos Comunitário |
| TAB | Transtorno afetivo bipolar |
| TAG | Transtorno de ansiedade generalizado |
| TCC | Terapia cognitivo comportamental |
| TDAH | Transtorno de déficit atenção e hiperatividade |
| TDM | Transtorno depressivo maior |
| TEA | Transtorno espectro autista |
| TH | Transtorno de humor |
| UFT | Universidade Federal do Tocantins |
| WMHS | World Mental Health Survery Initiative |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 15 |
| 2.1 | Estigma dos transtornos mentais | 15 |
| 2.2 | Tipos de preconceito | 16 |
| 2.3 | Transtornos mentais | 18 |
| 2.3.1 | Transtornos do neurodesenvolvimento | 18 |
| 2.3.2 | Transtornos psicóticos | 18 |
| 2.3.3 | Transtornos de humor | 19 |
| 2.3.4 | Transtornos relacionados a substâncias | 20 |
| 2.3.5 | Transtorno neurocognitivos | 20 |
| 2.4 | Epidemiologia | 20 |
| 2.5 | Impacto do estigma | 21 |
| 3 | OBJETIVOS | 23 |
| 3.1 | Objetivo geral | 23 |
| 3.2 | Objetivos específicos | 23 |
| 4 | MÉTODOS | 24 |
| 4.1 | Métodos da pesquisa | 24 |
| 4.2 | Procedimentos metodológico | 24 |
| 4.2.1 | Protocolo e registro | 24 |
| 4.2.2 | Definição da questão de pesquisa | 24 |
| 4.2.3 | Crerios de elegibilidade | 25 |
| 4.2.3.1 | <i>Crerios de inclusao</i> | 25 |
| 4.2.3.2 | <i>Crerios de exclusao</i> | 25 |
| 4.2.4 | Fontes de informacao | 25 |
| 4.2.5 | Estrategia de busca | 25 |
| 4.2.6 | Processo de selecao | 26 |
| 4.2.7 | Processo de coleta e selecao de dados | 26 |
| 4.2.8 | Avaliacao do risco de vies | 26 |
| 4.2.9 | Avaliacao da qualidade metodologica | 27 |
| 5 | RESULTADOS | 28 |
| 5.1 | Selecao dos estudos | 28 |
| 5.2 | Caracteristicas do estudo | 30 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 5.2.1 | Intervenções ao estigma dos transtornos mentais..... | 30 |
| 5.2.2 | Intervenções ao estigma do transtorno depressivo e ansiedade..... | 41 |
| 5.2.3 | Intervenções ao estigma do transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia..... | 49 |
| 5.3 | Risco de viés nos estudos e qualidade metodológica | 53 |
| 6 | DISCUSSÃO | 59 |
| 6.1 | Limitações..... | 61 |
| 7 | CONCLUSÃO | 62 |
| | REFERÊNCIAS..... | 63 |
| | ANEXO A – CHECKLIST PRISMA 2020 | 73 |
| | ANEXO B – PROSPERO (INTERNATIONAL PROSPECTIVE REGISTER OF SYSTEMATIC REVIEWS)..... | 77 |
| | ANEXO C – ROBIS: FERRAMENTA PARA AVALIAR RISCO DE VIÉS NAS REVISÕES SISTEMÁTICAS | 78 |
| | ANEXO D – AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS DE ECR PELA FERRAMENTA DA COLABORAÇÃO COCHRANE | 82 |
| | ANEXO E – OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE 2011 LEVELS OF EVIDENCE | 85 |

1 INTRODUÇÃO

Transtornos mentais são distúrbios que quando acomete as pessoas, causam prejuízo clinicamente na cognição, no controle emocional ou no comportamento. Eles estão entre as 5 das 10 causas de incapacidade e morte precoce no mundo, sendo pessoas de países de baixa e média renda as de maior risco em desenvolver algum transtorno mental. Estigma em sua definição histórica, significa a condição de marcar como sinal de vergonha alguém, tornando um fenômeno social que envolve atribuição de características negativas a determinados grupos ou pessoas, levando a sua exclusão (Feijó *et al.*, 2023; Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

Estigma fenômeno social que envolve a atribuição de características negativas a determinados grupos ou pessoas, levando a sua exclusão e marginalização. Fenômeno muito presente na sociedade, com consequência dessa discriminação, muitas vezes levando a perda da dignidade pelo preconceito de outros indivíduos. O comprometimento do direito à saúde ocorre nas mais variadas formas de estigma. Em países que negligenciam a saúde mental com menor investimentos nessa área, apresenta uma maior taxa de morbimortalidade para esses grupos quando comparados à população geral (Feijó *et al.*, 2023; Pereira *et al.*, 2022; Oikonomou; Mrexpakn; Xapiton, 2020).

Segundo Nardir, Silva e Quevedo (2022), a esquizofrenia é um transtorno psicótico considerado entre as principais causas de perda de ano de vida saudável entre jovens, por geralmente apresentar sintomas entre o final da adolescência e início da vida adulta. As pessoas com esquizofrenia têm grande redução em sua expectativa de vida, variando entre 10 e 20 anos, o que estima que 10% da mortalidade seja por suicídio. O estigma por muitas vezes está diretamente ligado à demora inicial do tratamento e até mesmo em seu curso de seguimento.

Em 70% dos casos, o episódio de humor do TAB tem início antes dos 25 anos, condição que causa importante prejuízo funcional, e quando não tratada de maneira imediata leva a prejuízos amplos na vida da pessoa. No seguimento dos transtornos relacionados a substâncias, uma postura despida de preconceitos e curiosa ajuda, no entendimento da história, do ambiente e de que forma o paciente se relaciona com tais questões. Estigma em profissionais de saúde pode prejudicar nesse seguimento (Fernandes *et al.*, 2021; Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

Em uma análise feita com uma amostra de mais de 60 mil pessoas em 14 países, mostrou que a proporção de entrevistados que receberam tratamento para transtornos emocionais ou de uso de substâncias nos países desenvolvidos foi maior que em menos desenvolvidos nos 12 meses anteriores à pesquisa. Sobre razões para não procurar atendimento, pessoas com transtorno ativo não reconhecia a necessidade de tratamento. Fatores culturais, estigma e

crenças sobre transtornos mentais são comumente apontados como as principais causas do baixo reconhecimento de necessidade para procurar tratamento (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

Para Feijó *et al.* (2023), na redução do estigma dos transtornos mentais em profissionais de saúde, faz necessário implantação de estratégias educacionais como métodos ativos de aprendizagem, e atividades curriculares de caráter eminentemente prático que promovam contato direto com portadores de transtorno mental. Essas estratégias são necessárias, visto que parte da população está ciente da doença mental, mas outros desconhecem diagnósticos, as causas e seus impactos (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

Revisões sistemáticas sendo uma metodologia que busca identificar as melhores evidências e sintetizá-las para fundamentar propostas de mudanças. A busca bibliográfica sobre estigma e importância do seu combate, deverá reunir estudos que neles contenha formas de reduzir o estigma dos transtornos mentais em seu desfecho primário.

Serão incluídas intervenções com potencial estatístico para resultados positivos, de estratégias confiáveis, sendo para o profissional ferramenta efetiva no controle do estigma.

Além da definição do estigma e seu impacto a pessoas com transtornos mentais, este trabalho levanta a seguinte questão: quais são as formas eficazes de manejo do estigma dos transtornos mentais, para sua redução e eliminação?

Portanto com essa questão, esta revisão sistemática se torna importante para este assunto, fazendo uma análise crítica dos estudos recrutados, fornecendo orientações acerca das formas de manejo do estigma, e proporcionando modelos a serem replicados em suas atividades profissionais diárias.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Estigma dos transtornos mentais

O conceito de estigma a partir de uma perspectiva histórica e teórica deve ocorrer com entendimento de sua origem conceitual, que vem da língua grega antiga e em particular do verbo «stizo» que significa “marcar como sinal de vergonha, esculpir, castigo ou desgraça”, (Oikonomou; Mrexpakn; Xapiton, 2020, p. 36) podendo ser entendida por uma característica socialmente indesejada.

Na linha do tempo saúde mental e preconceito andavam juntos, na Grécia antiga a loucura era considerada um sinal de ligação entre os homens e deuses, sendo esses especiais e admiráveis. Hipócrates propõem que transtornos mentais seriam relacionados ao mau funcionamento do organismo, já na Idade Média as pessoas eram distinguidas pela Igreja, entre o saudável e patológico, e a partir desta eram exiladas ou encaminhadas para morte certa (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

No século XIV e XVI o homem como centro de tudo desafia as doutrinas religiosas, Descartes (1996) com o seu “penso, logo existo” coloca o homem como ser racional em oposição ao irracional o doente mental, sendo compreendido um problema da ciência e encaminhados para antigos leprosários juntamente com todos os indesejáveis.

Na era industrial os transtornos mentais eram empurrados para exclusão nos manicômios, sendo nessa época com Philippe Pinel o nascimento de fundamentos que viriam a ser psiquiatria. Atualmente os estudos de neurociência força e aumentam conhecimentos sobre transtornos mentais, pessoas com transtorno mental podem contar com diversidade de cuidados participando de convívio social, porém enfrentando resquícios de estigma que carregamos dessa longa história (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

Processo de estigmatização começou a ser estudado no século XX, Goffman em 1963 introduziu o conceito de estigma mais utilizado até à atualidade, onde estigma ocorre quando um grupo atribui uma marca discriminatória ou característica distinta a outro grupo minoritário quase sempre privando-o de direitos e privilégios que lhe deveriam estar associados (Pereira *et al.*, 2022).

De acordo com Feijó *et al.* (2023), trata-se de um fenômeno muito presente em nossa sociedade, com consequência dessa discriminação muitas vezes levando a perda da dignidade pelo preconceito de outros indivíduos. Nas mais variadas formas de estigma relata ainda que

pode ocorrer comprometimento do direito à saúde, em virtude de visões preconcebidas que fragilizam os cuidados em saúde.

Quando sinaliza alteridade em uma interação social, essa característica pode atuar de forma desqualificante para a identidade de quem a possui. Em um contexto “Watson” sublinhou os principais constituintes do estigma: estereótipos, preconceitos e discriminação (Oikonomou; Mrexpakn; Xapiton, 2020).

Em uma amostra norte-americana, adultos com esquizofrenia apresentaram riscos significativamente de morte prematura maiores em comparação com outros adultos. Acredita que isso decorre em parte da acentuada exclusão, discriminação e do estigma generalizado em relação a esses indivíduos (Feijó *et al.*, 2023).

Feijó *et al.* (2023), reforçam que a mídia, grupos sociais e comunidade científica tem mostrado que parcelas significativas da população, incluindo profissionais de saúde, teriam uma visão estigmatizada das pessoas com transtornos mentais.

Para Torales *et al.* (2023), a falta de conhecimento e compreensão da doença mental por parte dos indivíduos, das famílias, cuidadores e decisores políticos resulta em grande impacto nas atitudes sociais face à discriminação.

As características e os comportamentos considerados estigmatizantes são os mesmos em todas as sociedades, mas diferem porque normas sociais e culturais podem variar de país para país. Em um mesmo país podem diferir entre diferentes grupos sociais, ex. população nativa, imigrantes, níveis socioeconômicos (Oikonomou; Mrexpakn; Xapiton, 2020).

É um problema constante no domínio da saúde mental, o estigma tem impacto nos resultados dos pacientes e principalmente no que se refere: acesso, aceitabilidade das intervenções terapêuticas, qualidade de vida, bem-estar geral, inclusão social e oportunidades. Estereótipos sociais, culturais e preconceitos contribuem para a discriminação contínua na saúde mental. É grande o impacto na vida das pessoas, afeta o curso da doença e estima-se que pode resultar em uma redução na expectativa de vida (Torales *et al.*, 2023).

2.2 Tipos de preconceito

O estigma pode ser associado a diversos aspectos, como: deformidades físicas; condições de caráter individual que envolve crenças falsas e rígidas, alcoolismo, desemprego, vícios, sexualidade, e aspectos coletivos como raça, nação e religião. Desses aspectos os sinais que podem provocar atitudes estigmatizantes são: afeto inadequado, comportamento bizarro, atitude, alteração cognitiva, forma e conteúdo do pensamento. Podendo funcionar como

estímulos para que mediadores cognitivos atuem no sentido de promoverem um comportamento discriminatório (Torales *et al.*, 2023).

A produção de identidades estigmatizantes não é apenas um processo monolítico, ocorre por interferências de contra ações das pessoas estigmatizadas ou por atores sociais. Pode ser expresso como uma condição genérica de preconceito arraigado e naturalizado na nossa cultura. Estigma mantém-se relacionado aos conceitos de periculosidade e a uma redução do sujeito à doença (Nunes; Torrenté, 2009).

Para Goffman (1988 *apud* Nunes; Torrenté, 2009), existem três tipos de estigmas nitidamente diferentes:

- a) as abominações do corpo que refere as deformidades físicas;
- b) as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de exemplos: distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego;
- c) estigmas tribais de raça, nação e religião. Em todos esses exemplos o indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social habitual, possui um traço que pode impor a atenção e afastar nas relações que se expõem, destruindo a possibilidade para outros atributos seus.

De acordo com Nardir, Silva e Quevedo (2022), estigma pode ser caracterizado por diferentes formas a partir de como se manifesta nos níveis individual, social e estrutural. O auto-estigma, processo subjetivo caracterizado por sentimentos negativos sobre si mesmo, endosso de estereótipo resultante de experiências. O estigma social fenômeno de grandes grupos sociais, endossando estereótipos e agindo contra um grupo. O estigma estrutural está relacionado às regras, políticas e procedimentos de instituições que restringem os direitos e as oportunidades para membros de grupos estigmatizados.

O estigma sendo fundamentalmente um fenômeno social enraizado nas relações sociais e moldado pela cultura e pela estrutura da sociedade. Para que ocorra mudança deve haver intervenções nas relações sociais e nas estruturas que as moldam. Os processos estigmatizantes além de afetar vários domínios da vida da pessoa, tem influência dramática na distribuição das oportunidades em área como renda, moradia, envolvimento no crime, saúde e própria vida (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

2.3 Transtornos mentais

2.3.1 Transtornos do neurodesenvolvimento

Do ponto de vista etiológico e clínico são condições heterogêneas, que podem incluir diferentes condições a partir desse conceito. São doenças complexas, identificadas nos primeiros anos de vida, principalmente nos momentos iniciais do desenvolvimento. A 5ª edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) restringiu o conceito para TEA, TDAH, DI, transtorno da comunicação, do desenvolvimento motor e da aprendizagem (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

O TEA tem características clínicas de prejuízos qualitativos nas habilidades de comunicação social, incluindo linguagem verbal e não verbal, e em habilidades sociais. Anomalias sensoriais, interesses restritos, rigidez em rotinas, hábitos e comportamentos repetitivos. Os sinais são perceptíveis nos primeiros anos de vida, tendem a diminuir intensidade com o tempo, mas as incapacidades são persistentes e frequentemente limitam a autonomia e a funcionalidade (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

2.3.2 Transtornos psicóticos

Para definição de critério diagnóstico da esquizofrenia, é utilizado o manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais – 5ª edição (DSM-5), o tempo mínimo de sintomas ativos é de um mês, exigindo um tempo de prejuízo funcional de seis meses que inclui a fase prodrômica. É considerada uma das principais causas de perda de ano de vida saudável entre jovens, por geralmente apresentar sintomas entre o final da adolescência e início da vida adulta. As pessoas com esquizofrenia têm grande redução em sua expectativa de vida, variando entre 10 e 20 anos, estima que 10% da mortalidade seja por suicídio (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

Nardir, Silva e Quevedo (2022), descrevem o modelo dimensional mais aceito, sendo composto por cinco dimensões:

- a) sintomas positivos sendo composto por delírios auto referentes e persecutórios, alucinações auditivas são manifestações mais comum na esquizofrenia;
- b) sintomas negativos que dizem respeito à ausência de determinados comportamentos esperados, notadamente na expressão do afeto e da volição;
- c) sintomas cognitivos com alteração na atenção, velocidade de processamento, nas funções executivas e na aprendizagem;

- d) sintomas de desorganização manifestado no pensamento sendo observado no discurso. O elemento central é a falta do encadeamento lógico esperado para a conclusão de um raciocínio ou ação;
- e) sintomas de humor/ansiedade com apresentação em decorrência de manifestações principais da doença, humor ansioso frente a presença de delírios persecutórios.

2.3.3 Transtornos de humor

No transtorno bipolar o risco de morte por suicídio é de 20 a 30 vezes mais probabilidade, em seus subtipos os sintomas são variáveis. Nardir, Silva e Quevedo (2022), comentam os tipos de transtornos:

- a) transtorno bipolar tipo I manifestação de episódio maníaco ao longo da vida;
- b) transtorno bipolar tipo II presença de um episódio hipomaníaco e um episódio depressivo ao longo da vida;
- c) transtorno ciclotímico caracterizado por cronicidade e oscilação do humor, neste apresenta vários períodos com sintomas hipomaníacos e depressivos no período de pelo menos dois anos. Em 70% dos casos episódios de humor do TAB tem início antes dos 25 anos.

No transtorno depressivo não é raro na prática diária, segundo Baldaçara (2018) pessoas relataram tristeza ou desânimo com eventos de vida diária. Vivemos redefinição do que é normal, a tristeza passou de um estado emocional para uma condição de doença. Depressão como sinônimo de transtorno psiquiátrico deve ser entendida como soma de sintomas, que deve estar presentes por pelo menos 2 semanas e causar mudança do funcionamento anterior da pessoa, descreve os critérios de diagnósticos estabelecido pela CID-10 é obrigatório:

- a) perda de interesse e prazer;
- b) diminuição de energia/aumento de fadigabilidade. E pelo menos 4 dos seguintes:
 - sono perturbado;
 - diminuição do apetite;
 - atenção e concentração reduzidas;
 - redução da auto estima e auto confiança;
 - ideias de culpa e inutilidade;
 - visões pessimistas e desoladas do futuro, ideias ou atos auto lesivos ou mesmo suicídio.

O transtorno de ansiedade pode haver suas subclassificações, entende que o mais frequente é o transtorno de ansiedade generalizado (TAG). Esse é definido pelo excesso de preocupação desproporcional que o indivíduo tem em relação a vários eventos e/ou atividades gerais da sua vida diária. Uma condição de difícil controle que acaba por interferir em seu funcionamento normal (Souza *et al.*, 2022).

2.3.4 Transtornos relacionados a substâncias

Na dependência, existem comportamentos prejudiciais, que causam sofrimento, levando a desinteresse por atividades antes prazerosas. Ele não está necessariamente ligado à frequência do uso ou a quantidade, mas ao comprometimento que o uso leva a vida do indivíduo. O seu tratamento se dá em diversos momentos, seja na intoxicação aguda ou na síndrome de abstinência, ou seja, na dependência em si. No seguimento desses pacientes, uma postura despida de preconceitos e curiosa ajuda no entendimento da história, do ambiente e de que forma o paciente se relaciona com tais questões (Fernandes *et al.*, 2021).

2.3.5 Transtorno neurocognitivos

Definido pelo DSM-5 como uma condição adquirida, em que se observa prejuízo em funções cognitivas de caráter progressivo ou não. Essas doenças implicam um declínio insidioso e progressivo da cognição, a deterioração das competências para o desempenho, inicialmente, das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Doença de Alzheimer (DA) é a principal causa de demência, reconhecida como condição clínico-patológica, que se mostra a partir do declínio cognitivo e, posteriormente da funcionalidade. As demais demências são secundárias a doença cerebrovascular, demência com corpos de Lewy e degeneração lobar frontotemporal. O manejo não farmacológico e farmacológico pode diminuir o sofrimento dos indivíduos acometidos, melhorando sua qualidade de vida (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

2.4 Epidemiologia

A epidemiologia científica aplicada se consolidou no século XIX com advento de estudos das epidemias e infecções que afetavam a população europeia. Já a epidemiologia psiquiátrica floresceu no século XX, iniciando com estudos que se baseiam em estatísticas hospitalares. No fim da Segunda Guerra Mundial surgiu interesse por transtornos mentais que

não levassem à hospitalização, sendo chamada de segunda geração da epidemiologia psiquiátrica onde o interesse do estudo do estresse como uma causa de transtornos mentais. Nos últimos 40 anos representam um período de crescimento sem precedentes para epidemiologia descritiva e analítica (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

Em grande prevalência a depressão foi o transtorno mais comum, mostrando que sua ocorrência é maior na idade de 18-34 anos. Em relação ao transtorno de ansiedade representou 3,9% da prevalência de todas as doenças no mundo. Transtornos mentais estão associados a custos diretos que objetivam recursos usados diretamente no cuidado à saúde, e indireto relacionado a perda ou redução da capacidade produtiva em virtude do adoecimento. Os transtornos mentais são uma das principais causas de afastamento do trabalho no Brasil e no mundo, a duração média da incapacidade laboral é maior se comparada com a de outras doenças (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

O World Mental Health Survery Initiative (WMHS) iniciou pesquisa com a população geral para estimar prevalência, fatores de risco, identificar padrões de barreiras ao uso de serviços e validar estimativas da carga de doenças internacionalmente. Em uma análise feita com uma amostra de mais de 60 mil pessoas em 14 países, mostrou que a proporção de entrevistados que receberam tratamento para transtornos emocionais ou de uso de substâncias nos 12 meses anteriores à pesquisa, foi maior em países desenvolvidos que em menos desenvolvidos. Sobre razões para não procurar atendimento, às pessoas com transtorno ativo relataram não reconhece necessidade de tratamento (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

Fatores culturais, estigma e crenças sobre transtornos mentais são comumente apontados como as principais causas do baixo reconhecimento de necessidade para procurar tratamento (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

2.5 Impacto do estigma

Em uma pesquisa de metanálise que investigou influência dos estágios práticos de estudantes da área de saúde na redução de estigma relacionado a pessoas portadoras de transtorno mental. Recrutou para análise 22 artigos com amostragem de 3.161 estudantes. Os estudos apresentam contato direto do estudante com portadores de transtorno mental, com mensuração do estigma através de instrumentos validados antes e depois dos estágios. Os resultados apontam que de maneira geral os estágios foram benéficos na redução global do estigma, e que atividade teórica durante os estágios não interferiu nos resultados (Petkari *et al.*, 2018).

Conforme Feijó *et al.* (2022), na redução do estigma dos transtornos mentais na população de profissionais de saúde, faz necessário implantação de estratégias educacionais, como métodos ativos de aprendizagem e atividades curriculares de caráter eminentemente prático que promovam contato direto com portadores de transtorno mental.

Conceitos sobre transtornos mentais podem ser facilmente dicotomizados como as causas biológicas ou psicossociais, bem como ideias distorcidas sobre doença mental. Também contribuem para a perturbação de imagem negativa e imprecisa, onde pessoas com quadro de adição, depressão ou ansiedade, são vistos, muitas vezes, como apenas precisando mudar seus hábitos e se acalmar (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

A ignorância sobre aspectos da doença mental e da discriminação tem influência no adiamento do tratamento. Situações como o receio de conversar sobre suicídio com pessoas que tentaram o ato, leva ao desentendimento que este ato seja sério e que tal medida tende a evitar que uma fatalidade ocorra. Enquanto parte da população está ciente da doença mental, outros desconhecem diagnósticos suas causas e seus impactos (Nardir; Silva; Quevedo, 2022).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar formas de manejo do estigma dos transtornos mentais, avaliando a eficácia de estratégias para redução e eliminação do estigma.

3.2 Objetivos específicos

- a) buscar na literatura, artigos de revisão sistemática e ensaios clínicos randomizados que tratam do estigma nos transtornos mentais, formas de manejo de intervenções para combate do estigma;
- b) analisar a qualidade metodológica dos artigos selecionados;
- c) avaliar nível de evidência e risco de viés dos estudos encontrados;
- d) apresentar formas de manejo com efetividade em sua ação, redução do estigma para grupo prioritário.

4 MÉTODOS

4.1 Métodos da pesquisa

A escolha do método de revisão sistemática se encontra pela importância na assistência à saúde, sendo metodologia que para esse assunto contribuirá em instruções de práticas clínicas (Moher *et al.*, 2015). Na pesquisa os métodos de análise, partiram de uma questão clínica que surge na prática assistencial. Seguindo o uso da estratégia PICO, representa um acrônimo para: a) população; b) intervenção; c) comparação e d) desfecho (Santos; Pimenta; Nobre, 2007).

4.2 Procedimentos metodológico

4.2.1 Protocolo e registro

A partir de estudos de revisão sistemática com e sem metanálise, de ensaios clínicos randomizados que foram descritos para analisar e avaliar as formas de manejo do estigma dos transtornos mentais. O trabalho foi realizado de acordo com as diretrizes da “*Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions*” (Higgins *et al.*, 2022) seguindo a lista de controles e quadros do protocolo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and MetaAnalysis*) (Anexo – A).

Estudo protocolado na base de dados da Prospero (*Prospective Registry of Systematic Reviews*), para que fosse garantida a originalidade da pesquisa em questão. O número do registro foi CRD42022369853 (Anexo – B).

4.2.2 Definição da questão de pesquisa

Realizada a partir: quais são as formas eficazes de manejo do estigma dos transtornos mentais, para redução e eliminação do estigma.

Seguindo o anagrama PICO, tem-se:

P – População: em geral sem especificação de sexo, idade e profissão.

I – Intervenção: formas de reduzir estigma;

C – Comparador: múltiplo;

O – Desfecho: Redução do estigma dos transtornos mentais;

4.2.3 Critérios de elegibilidade

4.2.3.1 Critérios de inclusão

- a) artigos de metodologia baseado em RS sem e com metanálise e ECR;
- b) estudos publicados entre janeiro de 2019 e dezembro de 2023;
- c) trabalhos que abordem intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais;
- e) textos com as seguintes medidas de associação: probabilidade estatística de teste sob a hipótese nula (P), Odds Ratio (OR), Risco relativo (RR) e/ou intervalo de confiança (IC);

4.2.3.2 Critérios de exclusão

- a) estudos com alta taxa de viés;
- b) com baixo rigor metodológico;
- c) sem intervenção;
- d) sem medidas de associações;
- e) redução do estigma como desfecho secundário.

4.2.4 Fontes de informação

A revisão sistemática foi realizada nas bases de dados SciELO, Google Scholar, Medline (via PubMed), artigos sem restrição de idioma com publicação no período de 2019 a 2023.

4.2.5 Estratégia de busca

Nesta pesquisa foi utilizado o termo booleano AND, para que fosse realizada, de forma individualizada, a combinação dos descritores “*stigma*” AND “*mental disorder*” AND “*intervention*”.

4.2.6 Processo de seleção

Inicialmente com avaliação dos resumos, após estratégia de busca que seguiram os critérios de inclusão e exclusão.

Ao total da pesquisa participaram três médicos com especialidade em psiquiatria. Conduzido pelo pesquisador Flávio Veloso Ribeiro (Secretaria Municipal de Saúde de Palmas-TO e Junta Médica do Estado do Tocantins), com participação de: Railson Alves Freitas (Secretaria de Saúde do Tocantins); orientador, Prof. Dr. Leonardo Rodrigo Baldaçara (Universidade Federal do Tocantins e Secretaria de Saúde do Tocantins).

Na identificação de duplicatas, foi realizado manualmente a leitura de resumos pelo autor que posteriormente houve a seleção para leitura na íntegra dos artigos por dois revisores. Nesta fase quando na presença de discordância, um terceiro revisor era consultado para avaliação.

4.2.7 Processo de coleta e seleção de dados

Nesta etapa o pesquisador realizou a coleta dos resumos, que posterior distribuiu os artigos por completo para avaliação entre revisores. Extração dos dados e a sua organização nos quadros, que devem constar: autor e ano, número de artigos e população, avaliações e intervenções, tipo de estudo, comparador, formas de medidas, desfecho e principais achados estatísticos.

4.2.8 Avaliação do risco de viés

Na avaliação dos riscos de viés de seleção, aferição e confusão foi utilizado ROBIS (Ferramenta para avaliar risco de viés em revisões sistemáticas (Anexo – C). Instrumento desenvolvido com metodologia rigorosa que pode ser aplicado nos principais tipos de RS de intervenção, etiologia, diagnóstico e prognóstico. Ele é dividido em três fases:

- a) fase 1 avaliação da relevância: faz avaliação da pergunta de pesquisa (“questão alvo”) com a pergunta que está sendo abordada na revisão em análise;
- b) fase 2 identificação dos potenciais riscos de viés: determinando critérios de elegibilidade dos estudos, identificação e seleção dos estudos, coleta de dados, síntese e resultados;

- c) fase 3 avaliação do risco de viés geral: nesta faz resumo dos problemas identificados na fase 2 (Brasil, 2017).

Outra ferramenta utilizada para avaliar riscos de viés foi o Manual Cochrane para Desenvolvimento de Revisões Sistemáticas de Intervenção (Anexo – D). Criado para o desenvolvimento e manutenção de RS, disponível gratuitamente de acesso on-line pelo site (<http://www.cochrane-handbook.org/>). Carvalho *et al.* (2013), citam que na avaliação é conferido em seus domínios:

- a) geração da sequência aleatória: detalhamento do método utilizado para gerar a sequência aleatória;
- b) ocultação de alocação: descrever o método utilizado para ocultar a sequência aleatória;
- c) cegamento de participantes e profissionais;
- d) cegamento de avaliadores de desfecho;
- e) desfechos incompletos;
- f) relato de desfecho seletivo;
- g) outras fontes de viés.

4.2.9 Avaliação da qualidade metodológica

Para avaliar a qualidade metodológica dos artigos selecionados, foi utilizado a ferramenta de avaliação *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence* (Anexo – E).

É uma instituição da Universidade de *Oxford* que se dedica a promover prática baseada em evidência na medicina e na saúde. Esses níveis são estruturas que ajuda avaliar a qualidade e a força das evidências disponíveis para responder perguntas clínicas, permitindo classificar de acordo sua robustez e aplicabilidade. Os pontos que os níveis de evidência do CEBM avaliam quanto a sua: hierarquia de evidência que fornece de forma hierárquica as melhores evidências disponíveis, de forma a responder perguntas clínicas rapidamente; abordagem de sete categorias de perguntas que ajudam a compreender o objetivo do desenho do estudo; Classificação do nível de evidência em quatro ou cinco níveis, variando de alta qualidade (nível 1) a baixa qualidade (nível 5) (Howick *et al.*, 2011).

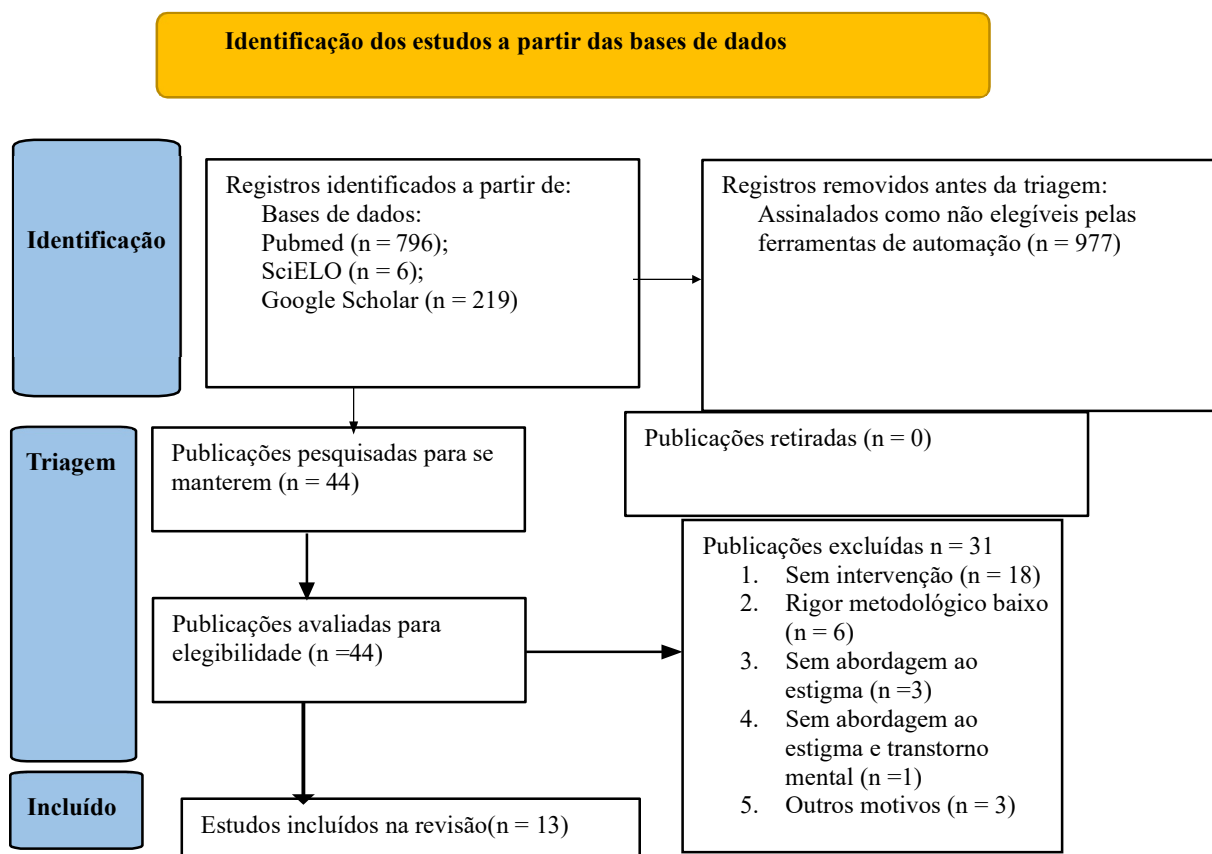
5 RESULTADOS

5.1 Seleção dos estudos

Foram utilizadas estratégias de busca sobre as intervenções redução do estigma dos transtornos mentais, entre as bases de dados SciELO, Google Scholar, Medline (via PubMed), no total de 1021 estudos potenciais para revisão. Após análise automatizada com avaliação de títulos e resumos, foram selecionados 44 artigos para leitura completa. Restando para análise completa 13 artigos, que após leitura por pares 31 foram desconsiderados (fluxograma 1).

No (quadro 1) está apresentado as razões para a exclusão de cada artigo analisado após a triagem.

Fluxograma 1 – PRISMA 2020: para as novas revisões sistemáticas que incluam buscas nas bases de dados



Fonte: Adaptado de Page *et al.* (2021).

Quadro 1 – Características dos estudos excluídos

| N | Estudo | Motivos para Exclusão |
|----|--|--|
| 1 | Sacco <i>et al.</i> , 2022 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 2 | Gurung; Poudyal; Wang, 2022 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 3 | Cosh; Mcneil; Jeffreys, 2023 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 4 | Görzig; Ryan, 2022 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 5 | McLaren; Peter, 2021 | Sem abordagem ao estigma |
| 6 | Ayuso, 2023 | Sem abordagem ao estigma |
| 7 | Le; Eschliman; Grivel, 2022 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 8 | Petersen; Lund, 2011 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 9 | Johnson; Sanghvi; Mehrotra, 2022 | Rigor metodológico baixo |
| 10 | Tay; Klainin, 2018 | Rigor metodológico baixo |
| 11 | Beattie; Smilenova; Krishnaratne, 2020 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 12 | Cossu; Cantone; Pintus, 2015 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) e baixo rigor metodológico |
| 13 | Lievens; Vacaru; Kruithof, 2021 | Sem abordagem ao estigma |
| 14 | Holzinger; Dietrich; Heitmann, 2008 | Rigor metodológico baixo |
| 15 | Campos <i>et al.</i> , 2018 | Rigor metodológico baixo |
| 16 | Jimenez; Reynolds, 2015 | Rigor metodológico baixo |
| 17 | Van; Kerkhof, 2014 | Sem abordagem ao estigma |
| 18 | Jensen; Morthorst, 2015 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 19 | Munson; Cole; Stanhope, 2016 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 20 | Wang; Hedley; Bury, 2020 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 21 | Hall; Morey; Beckham, 2020 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 22 | Yan Ma; Anderson; Queimadura, 2023 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 23 | Hartman <i>et al.</i> , 2023 | Sem abordagem ao estigma |
| 24 | Gureje <i>et al.</i> , 2017 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 25 | Srinivasan <i>et al.</i> , 2018 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 26 | Borràs <i>et al.</i> , 2009 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 27 | Hanlon <i>et al.</i> , 2016 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 28 | Ito-Jaeger <i>et al.</i> , 2022 | Rigor metodológico baixo |
| 29 | Cossu <i>et al.</i> , 2015 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 30 | Hanlon <i>et al.</i> , 2016 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |
| 31 | Barbosa <i>et al.</i> , 2023 | Sem intervenção (aborda intervenções práticas do manejo de estigma dos transtornos mentais) |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

5.2 Características do estudo

5.2.1 Intervenções ao estigma dos transtornos mentais

Revisão sistemática de nível de evidência 3, em seus artigos avaliados sobre letramento em saúde mental de estudos não randomizados, não apresentou formas de medidas dos desfechos, sendo de pouco valor para essa parte de análise (Munawar *et al.*, 2020).

Uma RS de pequenos estudos de ECR com intervenção para alfabetização em saúde mental e estigma para adultos latinos(a) nos EUA. Mostrou que fotonovelas sobre depressão podem aumentar conhecimento, e que seu objetivo foi de reduzir estigma e aumentar intenções em procurar ajuda para tratamento. Neste estudo foram recrutados aleatoriamente os participantes para ler uma fotonovela ou folheto de texto, depois responderam um questionário (redução do estigma do cuidado com a saúde mental) antes e 1 mês após. Foi relatado melhor resultado para intervenção com fotonovela com reduções significativamente maiores no estigma dos cuidados de saúde mental. No pós teste, grupo da fotonovela ($t = 2,01, p < 0,05$) e ligeiramente, mas não significativamente, no grupo do panfleto de texto ($t = 1,45, ns$). No acompanhamento de 1 mês, o estigma da saúde mental diminuiu ainda mais no grupo da fotonovela ($t = 3,03, p < 0,05$) e regrediu em direção ao seu valor basal no grupo do panfleto de texto, resultando em uma diferença significativa entre os grupos no acompanhamento de 1 mês ($t = 2,59, p < 0,05$). (Pérez-Flores; Cabassa, 2021; Unger *et al.*, 2013).

Quanto à avaliação da eficácia de uma intervenção escolar, destinada a melhorar a literacia em saúde mental e reduzir o estigma. Estudo de RS a partir dos ECR com nível 3 de evidência, recrutou 21 estudos sobre alfabetização em saúde mental para alunos do ensino primário e secundário de países ocidentais e EUA. Estudos que tiveram intervenções com vídeo ou contato a pessoas que tiveram experiência com transtorno mental, foi relatado redução do estigma entre os participantes. Os resultados apresentados após intervenção com valor estatístico ($p=0,03$), sem diferença no acompanhamento de 2,5 meses, sugerindo que os efeitos da intervenção não foram sustentados pós intervenção (Yan Ma; Anderson; Queimadura, 2023).

Chisholm *et al.* (2012), na sua pesquisa de nível 2 de evidência recrutou apenas ECR, teve como população alunos de idade entre 12 a 13 anos, sendo alocados em duas intervenções:

- a) educação em saúde mental com contato com jovem com experiência vivida de doença mental;
- b) educação em saúde mental sem contato.

As medidas foram feitas três semanas antes, duas e seis semanas após intervenção. Dos três assuntos abordados, apenas um era sobre estigma da doença mental, foi usado questionário e Escala de Comportamento Relatado e Pretendido (RIBS) que avaliou o comportamento do estigma relacionado à doença mental. Chisholm *et al.* (2012), relatam que encontrou mudança positiva nas atitudes estigmatizantes no acompanhamento, porém não apresentou resultados estatísticos.

Ojio *et al.* (2020), apresentaram o estudo sobre ECR realizado em Tóquio – Japão com um total de 179 estudantes do ensino médio, de graduação e pós-graduação, ambos tiveram em um primeiro momento introdução com uso de videoaulas sobre: definição de doença mental e sintomas psicológicos, e depois dois grupos foram alocados para assistir videoaulas de 10 minutos.

Para um grupo mensagens biomédicas (BMM) e filme que abordava 'mecanismo biológico das doenças mentais', 'mecanismo farmacológico' e 'interação gene-ambiente'. E para outro grupo mensagens recomendadas (RCM) que cobriu os seguintes temas:

- a) elevada prevalência de doenças mentais;
- b) mensagens orientadas para a recuperação;
- c) mensagens de inclusão social/direitos humanos.

Neste estudo foi utilizado a Escala de Compreensão de Doenças e Transtornos Mentais (MIDUS). Como desfecho primário de efeitos do BMM na redução do conhecimento praticamente útil sobre o estigma relacionado à doença mental, com efeito no tempo desde o início até a pesquisa pós teste. Ambos os grupos demonstraram melhora na pontuação MIDUS na pesquisa pós teste e mostrou efeitos semelhantes ($F_{(1, 177)}=160.5$, $p < 0,0001$, $n^2=0.48$). Os efeitos das intervenções continuaram até a pesquisa de acompanhamento de 1 ano ($B [IC\ 95\%] = -2,56 [-4,27, -0,85]$, $p < 0.01$) e não mostrou diferença entre os grupos (Ojio *et al.*, 2020).

Um ECR conduzido no hospital psiquiátrico de Guangzhou – China com profissionais comunitários de saúde mental de nível superior sem especificar ocupação, participaram do programa de treinamento incluindo três módulos: 1º cursos; 2º prática clínica; 3º combinou a perspectiva da saúde pública, estigma e discriminação, acrescentando as diretrizes da OMS, CID-10 e políticas atuais. Li *et al.*, (2015), citam que foram avaliados por escalas:

- a) saúde mental cronograma de conhecimento (MAKS) que avalia conhecimento em saúde mental relacionado ao estigma;
- b) doença mental: atitudes dos médicos (MICA) que avalia atitudes estigmatizantes;
- c) escala de comportamento relatado e pretendido (RIBS), avalia problemas relatados e pretendidos relacionados à saúde mental.

Avaliação ocorreu pré, pós, com 6 meses e 12 meses após intervenção. Sobre estigma na avaliação pré, as escalas não mostraram diferença estatística para grupo intervenção e controle. A pontuação na escala MAKES aos 6 e 12 meses, aumentou mais no grupo intervenção ($P < 0.05$) 6 meses 24,45 (2,37), 12 meses 24,17 (2,48). IC95%. Na escala MICA grupo intervenção diminuiu mais que grupo controle ($P < 0.001$) pré teste 49,79(8,29), pós teste 47,13 (7,50), 6 meses 44,21 (8,83), 12 meses 45,20 (8,95) com IC95%. Após treinamento, em 6 e 12 meses, pontuações médias de RIBS aumentou mais em grupo intervenção que grupo controle ($P < 0.001$) pós teste 15,13(2,71), 6 meses 16,21 (2,89), 12 meses 16,43 (3,28). IC95% (Li *et al.*, 2015).

Quadro 2 – Intervenções ao estigma dos transtornos mentais

| Autor, ano | População (número e configuração) | Avaliação | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | Desfecho | Nível de evidência e principais achados |
|------------------------------|---|--|-----------------------|--|---|--|--|
| Munawar <i>et al.</i> , 2020 | Qualitativo / ECR / quase experimental / transversal e método misto. Total 59. Sem número populacional/ amostra. | Estigma Abordagem de busca de ajuda para o tratamento de doenças mentais. Conhecimento em saúde mental | Revisão sistemática | Médico e não médico. Autista e não autista. | Instrumentos padronizados sem os apresentar, sem apresentar referência de confiabilidade e validade dos instrumentos. | -Menos estigma -Atitude discriminatória por outras pessoas - Melhor encaminhamentos - Empatia | Nível 3 de evidência Não encontrado avaliação de estudos com intervenção. Não encontrado valor em porcentagem. Falta de ferramenta psicométricas dificultando avaliar conhecimento em saúde mental. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

| Autor, Ano | Artigos/ população (n) | Avaliação/ Intervenção | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | Desfecho | Principais achados |
|-----------------------------|---|---|-----------------------|---|---|--|--|
| Pérez-Flores; Cabassa, 2021 | ECR Total: 7 41 a 4.122 participantes, tamanho médio de amostra 142 participantes. Latino americanos de escolas comunitárias de Los Angeles. | Intervenções em saúde mental: Eficácia de uma fotonovela para aumentar conhecimento de depressão e reduzir estigma | Revisão sistemática. | - leitura de fotonovela - folheto de texto | Questionário: Preocupações com o estigma sobre o cuidado em saúde mental | Aumento do conhecimento em depressão e redução do estigma do cuidado com saúde mental. Estigma da saúde mental diminuiu significativamente no grupo da fotonovela no pós teste ($t=2,01$, $p<0.05$). Folheto de texto no pós ($t=1,45$, não significativo) Após 1 mês: Fotonovela no pós teste diminuiu ($t=3,03$, $p<0.05$) Folheto de texto no pós diminuiu ($t=2,59$, $p<0.05$) | Nível 3 de evidência Diminuição estatisticamente com fotonovela em comparação ao folheto sobre depressão. Não apresentou valor em porcentagem. Programa de psicoeducação mostrou menor conhecimento dos moradores da comunidade quando comparado aos cuidadores. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

| Autor, Ano | Artigos/ População (n) | Avaliação/ Intervenção | Tipo de Estudo | ComparadoR | Formas de Medidas | Desfecho | Principais Achados Estatístico |
|------------------------------------|---|--|-----------------------|------------------------|--|---|---|
| Yan Ma; Anderson; Queimadura, 2023 | 21 estudos 15 estudos sobre alfabetização e estigma. Países: Europa, Canadá, Austrália e EUA. Incluindo: Alunos do ensino secundário e primário. Tamanho amostral variando N= 27.122. | Intervenções de alfabetização em SM, estudo com contato presencial ou vídeos de pessoas que tiveram experiência com transtorno mental. | Revisão sistemática | Pré e pós intervenção. | Questionário de atribuições: Corrigan; Markowitz; Watson, Rowan, e Kubiak. | Estudos que incorporaram contato ao vivo com pessoas com transtorno mental na sua intervenção, reduziram significativamente o estigma do pré para pós intervenção (p=0,03), sem diferença no acompanhamento de 2,5 meses. | Nível 3 de evidência Melhora no estigma da saúde mental, atitudes estigmatizantes e crenças. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

| Autor, ano | Artigos/ população (n) | Avaliação/ intervenção | Tipo de estudo | comparador | Formas de medidas | Desfecho | Principais Achados Estatísticos |
|-------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------|------------------------|---|---|--|
| Chisholm <i>et al.</i> , 2012 | 1 ECR. Alunos de 12 a 13 anos. | Duas condições: - Contato com jovem com experiência vivida de doença mental e como educação. - Educação em saúde mental sem contato. | ECR | Pré e pós intervenção. | <p>Escala de comportamento relatado e pretendido (RIBS).</p> <p>Escala de conhecimento em saúde mental (MAKS).</p> <p>Escala de resiliência de Wagnild e Young.</p> <p>Formulário breve de personalidade esquizotípica (SPQ).</p> | <p>- Redução do estigma relacionado com doença mental.</p> <p>- Alfabetização em saúde mental.</p> <p>- Promoção da saúde mental.</p> | <p>Nível 2 de evidência</p> <p>Intervenção de contato com jovens com doença mental, em 2 encontros de uma hora cada. Encontrou mudança positiva nas atitudes estigmatizantes, imediato após intervenção e no acompanhamento de 6 meses. (sem valor estatístico).</p> |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

| Autor, ano | Artigos/população (n) | Avaliação/intervenção | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | Desfecho | Principais achados estatísticos |
|---------------------------|---|--|----------------|------------------------|--|---|--|
| Ojio <i>et al.</i> , 2020 | 1 ECR. Estudantes do ensino médio, graduação e pós graduação. Tóquio – Japão. N= 179 | Vídeoaula (10 min. de duração), com mensagens biomédicas sobre: mecanismo biológico das doenças mentais, farmacológico e interação gene-ambiental. N=90. Vídeoaula (10 min. de duração), com mensagens recomendadas sobre: alta prevalência de doenças mentais, orientado para recuperação e inclusão social/direitos humanos. N=89 | ECR | Pré e pós intervenção. | Escala: - MIDUS - RIBS-J | Ambos os grupos demonstraram melhora na pontuação MIDUS na pesquisa pós teste e = mostraram os efeitos semelhantes (F(1, 177)=160.5, p <0,0001, n2=0.48) Efeito das intervenções continuaram até a pesquisa de acompanhamento de 1 ano ano (B [IC 95%] = -2,56 [-4,27, -0,85], p<0.01) | Nível 2 de evidência Conhecimento praticamente útil sobre estigma das doenças mentais. As mensagens biomédicas podem ter um impacto positivo no estigma, comparável às mensagens recomendadas. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

| Autor, ano | Artigos/população (n) | Avaliação/intervenção | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | desfecho | Principais achados estatísticos |
|-------------------------|---|---|----------------|--|---|---|--|
| Li <i>et al.</i> , 2015 | 1 ECR. Profissionais comunitários de saúde mental. Guangzho China. N= 77 | - Três módulos: 1º curso; 2º prática clínica; 3º perspectiva da saúde pública, estigma e discriminação, acrescentando as diretrizes da OMS, Cid 10 e políticas atuais | ECR | Pré e pós intervenção. Seis meses e 12 meses. | - Cronograma de conhecimento em saúde mental. (MAKS). - Escala de doença mental : atitudes dos clínicos (MICA). - Escala de comportamento relatado e pretendido (RIBS). | Pontuação na escala MAKS aos 6 e 12 meses, aumentou mais no GI. (P < 0.05) 6 meses 24,45(2,37), 12 meses 24,17 (2,48). IC95%. Na escala MICA GI diminuiu mais que GC. (P < 0.001). pré teste 49,79(8,29), pós teste 47,13 (7,50), 6 meses 44,21(8,83), 12 meses 45,20(8,95). IC95% Após treinamento, em 6 e 12 meses, pontuações médias de RIBS com aumento mais no GI que GC. (P < 0.001). pós teste 15,13(2,71), 6 meses 16,21(2,89), 12 meses 16,43(3,28). IC95% | Nível 3 de evidência Melhora do nível de conhecimento sobre saúde mental e redução da estigmatização em relação às pessoas com doença mental. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Quadro 3 – Análise descritiva dos transtornos mentais

| Referência Tipo de estudo | Intervenção | Análise descritiva |
|-----------------------------------|--|--|
| Munawar <i>et al.</i> , 2020 / RS | Letramento em saúde mental: - Estigma; - Abordagem de buscar ajuda para o tratamento de doenças mentais; conhecimento em saúde mental. | - Nível 3 de evidência; - Sem intervenção com valor estatístico |
| Pérez-Flores; Cabassa, 2021 | Alfabetização em saúde mental: - Fotonovelas para aumentar conhecimento em depressão e reduzir estigma. | - Nível 2 de evidência; - Efetiva no pós teste ($t=2,01$, $p<0.05$) um mês ($t=3,03$, $p<0.05$) |
| Yan Ma <i>et al.</i> , 2023 RS | Alfabetização em saúde mental: - Vídeos ou contatos com pessoas que tiveram experiência com transtorno mental. | - Nível 3 de evidência; - Redução do estigma no pós $p=0,03$, mantendo no 2,5 meses |
| Chisholm <i>et al.</i> , 2012 ECR | Alfabetização em saúde mental: - Educação em saúde mental, mais contato com jovem com experiência vivida de doença mental. | - Nível 2 de evidência; - Sem valor estatístico; |
| Ojio <i>et al.</i> , 2020 / ECR | Videoaula (10 min. de duração) com 1 biomédicas sobre: mecanismo biológico das doenças mentais, farmacológico e interação gene-ambiente. | - Nível 2 de evidência; - Efeito significativo no pós teste ($F(1, 177)=160.5$, $p<0,0001$, $n2=0.48$) continuando até a pesquisa de acompanhamento de 1 ano ano (B [IC 95%] = -2,56 [-4,27, -0,85], $p<0.01$) |
| Li <i>et al.</i> , 2015 / ECR | 1º curso; 2º prática clínica; 3º perspectiva da saúde pública, estigma e discriminação, acrescentando as diretrizes da OMS, Cid 10 e políticas atuais. | - Nível 3 de evidência; - Na escala MICA GI diminuiu mais que GC. ($P < 0.001$). pré teste 49,79(8,29), pós teste 47,13 (7,50), 6 meses 44,21(8,83), 12 meses 45,20(8,95). IC95% |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

5.2.2 Intervenções ao estigma do transtorno depressivo e ansiedade

Em uma intervenção digital para letramento em saúde mental de subgrupo específico, estudo de RS que incluiu ECR. Sua avaliação qualitativa relatou que telessaúde para sintomas depressivos e avaliação do estresse, teve índice de aceitabilidade de 95,2% dos participantes. Nos resultados mostrou que intervenções de saúde digital são eficazes, pelas tecnologias digitais atuais, levando a melhoria da saúde mental dos jovens. Nos resultados não apresentou redução do estigma como desfecho primário. Em outro estudo de ECR recrutado para esta RS mostrou resultado de $p = 0,005$ entre o pré e pós teste com TCC on-line, porém desfecho primário foi redução de depressão (Liu *et al.*, 2023; Craig *et al.*, 2021).

Em um estudo de ECR recrutado para essa RS foi avaliado programa de psicoeducação on-line focado em depressão e ansiedade que abordava em formato multimídia simples contendo: gráficos; vídeos de consumidores com experiência vivida com depressão e ansiedade; exercícios. Os resultados estatísticos revelaram que para o grupo intervenção em comparação com os participantes do grupo controle houve um declínio nos escores de estigma da depressão e ansiedade. Os contrastes personalizados revelaram um declínio nos escores de estigma de depressão e ansiedade para MH-Guru em comparação com os participantes do grupo controle desde o início até o pós teste e desde o início até o acompanhamento de 6 meses (Pós teste: Depressão ($t(421) = 6,4$, $p < 0,001$); Ansiedade ($t(416,6) = 5,5$, $p < 0,001$). 6 meses: Depressão ($t(339,8) = 2,8$, $p = 0,005$); Ansiedade: ($t(326,3) = 4,1$, $p < 0,001$). Houve tamanhos de efeito moderados entre os grupos para o estigma de depressão e ansiedade no pós teste ($d = -0,56$ e $d = -0,42$, respectivamente) e aos 6 meses ($d = -0,47$ e $d = -0,42$, respectivamente), onde o efeito negativo correspondeu a uma redução no estigma para o grupo MH-Guru (Griffiths *et al.*, 2016; Tóth *et al.*, 2022).

Arthur *et al.* (2020), relatam a eficácia do programa de alfabetização em saúde mental em líderes comunitários no sul de Gana. Um estudo de ECR com um total de 128 participantes, foram divididos em grupo onde na primeira parte apresentou:

- a) vídeos sobre mitos e crenças nos transtornos mentais;
- b) experiência da vida real de uma pessoa com depressão e de esquizofrenia;
- c) apresentação em *PowerPoint* de sinais, sintomas e tratamento para depressão e de esquizofrenia;

d) exploração de conhecimento prévio dos participantes sobre depressão. Na segunda parte:

- resolução de problemas e exercícios;
- apresentado vinheta de depressão, onde os participantes tinham que descrever sobre a imagem e o que acontecia por trás dela, que funcionavam como uma história.

O grupo controle recebeu um folheto básico sobre questões de saúde mental escrita em linguagem simples. Foi aplicado questionário sobre estigma (estigma pessoal e estigma percebido). No estigma pessoal a diferença média em termos pessoais nos escores de estigma entre os grupos no acompanhamento foram de 1,18 (IC 95%: 3,51 a 1,14) e o tamanho das diferenças em pontuações médias foram pequenas (d de Cohen = 0,15, IC 95%: 0,22 a 0,53). No estigma percebido, A diferença média em mudança nas pontuações de estigma percebido entre os grupos foi 3,10 (IC 95%: 5,63 a 0,57), e a magnitude da diferença nas pontuações médias foram (d de Cohen = 0,51, 95% IC: 0,13 a 0,89).

Quadro 4 – Intervenções ao estigma do transtorno depressivo e ansiedade

| Autor, ano | População (número/ configuração) | Avaliação | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | Desfecho | Principais achados |
|--------------------------|---|---|---------------------|----------------|--|---|--|
| Liu <i>et al.</i> , 2023 | ECR / qualitativo / quantitativo Total: 15 - 78 participantes | Intervenções digitais de saúde baseada em evidências, para melhorar depressão, ansiedade e estresse. Intervenção on-line TCC, em 8 sessões | Revisão sistemática | Fila de espera | Inventário: - Beck-II - Cope - Medida de avaliação de estresse para adolescente - Escala de Esperança. | Telessaúde TCC padrão ouro para vários problemas mentais. Redução de depressão p=0,005 Avaliação do estresse p= 0,005 e recursos de enfrentamento p=0,059 | Nível 3 de evidência Intervenção estruturada e formal, apesar da pouca exploração em telessaúde descobriu redução de sintomas depressivos quando comparado com controle da fila de espera. Experimentaram redução significativa da depressão (b = 5,30, p = 0,005, d=0,60), apresentando diferença significativa comparado ao grupo controle com resultado: (b=0,65, p =0,614). Melhor avaliação do estresse (b= 0,51, p = 0,005, d =0,60) e recursos para enfrentar esses desafios (b=0,27, p 0,059, d =0,39). |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

| Autor, ano | Artigos/ população (n) | Avaliação/ intervenção | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | Desfecho | Principais achados |
|---------------------------|---|--|---------------------|----------------|--|--|--|
| Tóth <i>et al.</i> , 2022 | 22 estudos de intervenção 9 ECR e 13 quase experimental Funcionários do setor público e privado. | Programa de indução de psicoeducação on-line. Mental Health Guru (MH-Guru) 2 módulos de 30 min. | Revisão sistemática | Fila de espera | - Escala de Estigma da Depressão – Subescala Pessoal (DSS-Pessoal). - Escala de estigma de ansiedade generalizada (GASS-pessoal). | Pós teste: - Depressão (t (421) = 6,4, p<0,001) - Ansiedade (t(416,6) = 5,5, p < 0,001) Após seis meses: - Depressão (t (339,8) = 2,8, p<0,005) - Ansiedade (t(326,3) = 4,1, p < 0,001) | Nível 3 evidência Foram encontradas interações significativas para estigma da depressão pessoal quanto para transtorno de ansiedade generalizada. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

| Autor, ano | Artigos/ população (n) | Avaliação/ intervenção | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | Desfecho | Principais achados estatístico |
|-----------------------------|---|--|----------------|------------------------|--|--|--|
| Arthur <i>et al.</i> , 2020 | 1 ECR. Líderes comunitários do sul do Gana. N=128 | - Alfabetização em saúde mental usando abordagem de resolução de problemas. Primeira parte: Vídeos, experiência da vida real de uma pessoa com depressão e de esquizofrenia; apresentação em <i>PowerPoint</i> de sinais, sintomas e tratamento para depressão e de esquizofrenia. Segunda parte: resolução de problemas e exercícios. | ECR | Pré e pós intervenção. | Questionário sobre estigma. Estigma pessoal e percebido. | - Percepção do estigma pessoal com diferença média em termos pessoais nos grupos: 1,18 (IC 95%: 3,51 a 1,14). - Percepção do estigma percebido Diferença média em mudança nas pontuações entre os grupos foi 3,10 (IC 95%: 5,63 a 0,57). | Nível 2 de evidência Grupo intervenção percebeu mais estigma público. A conclusão considera que as atitudes em relação às pessoas com estas doenças no Gana são influenciadas por um estigma público profundamente enraizado. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Quadro 5 – Intervenções ao estigma do transtorno depressivo e ansiedade

| Referência Tipo de estudo | Intervenção | Análise descritiva |
|---------------------------------|---|--|
| Liu <i>et al.</i> , 2023 / RS | Intervenção digital para letramento em saúde mental-Intervenção on-line TCC, em 8 sessões. | - Nível 3 de evidência; - Redução e avaliação do estresse, não sendo redução do estigma no desfecho primário |
| Tóth <i>et al.</i> , 2022 / RS | Psicoeducação on-line focado em depressão e ansiedade, que abordava em formato multimídia simples. 2 módulos contendo: 1º gráficos; vídeos de consumidores com experiências vividas com depressão e ansiedade; 2º exercícios. | - Nível 2 de evidência; - Declínio nos escores de estigma de depressão/ansiedade, Pós teste: (t (421) = 6,4, p<0,001) / (t(416,6) = 5,5, p < 0,001). Após seis meses: (t (339,8) = 2,8, p<0,005) / (t(326,3) = 4,1, p < 0,001) |
| Arthur <i>et al.</i> , 2020 ECR | 1º parte: Vídeos sobre mitos e crenças nos transtornos mentais; experiência da vida real de uma pessoa com depressão e de esquizofrenia; apresentação em <i>PowerPoint</i> de sinais, sintomas e tratamento para depressão e de esquizofrenia; exploração de conhecimento prévio dos participantes sobre depressão. 2º parte: Resolução de problemas e exercícios; (apresentado vinheta de depressão, onde os participantes tinham que descrever sobre a imagem e o que acontecia por trás dela, que funcionavam como uma história). | - Nível 2 de evidência; - Percepção do estigma pessoal com diferença média em termos pessoais nos grupos: 1,18 (IC 95%: 3,51 a 1,14). - Percepção do estigma percebido Diferença média em mudança nas pontuações entre os grupos foi 3,10 (IC 95%: 5,63 a 0,57). |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

5.2.3 Intervenções ao estigma do transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia

Heim *et al.* (2019), no que diz respeito as intervenções de contato resultados foram mistos, em um dos estudos recrutados examinaram uma intervenção de contato, na qual foi apresentado um jovem com esquizofrenia e um vídeo apresentando diferentes pessoas com esquizofrenia, que apesar de relatar mudança estatisticamente significativa no pré e acompanhamento de 1 mês, não apresentou esses resultados.

Já em outro estudo recrutado de ECR que compararam uma intervenção de contato presencial com uma intervenção de contato baseada em vídeo para alfabetização em saúde mental de estudantes de medicina. Ambos os grupos receberam uma palestra educativa antes da intervenção de contato. Surgiu um efeito significativo do tempo na pontuação total da Escala de Estigma Abrindo Mentes para Provedores de Cuidados de Saúde ($p < 0.001$, $n_2 = 0.49$ parcial), mas não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas condições (vídeo versus presencial) (Heim *et al.*, 2019).

Um estudo de ECR recrutado para RS com objetivo de examinar as visões e atitudes dos clínicos gerais em relação esquizofrenia e as mudanças em suas atitudes após educação antiestigma. Amostra de 54 clínicos gerais, iniciando sessão com treinamento interativo apresentação em slides sobre curso, tratamento, impacto do estigma e papel do clínico geral. Seguiu outra sessão com discussão de casos clínicos. Um questionário de 16 itens com foco nas opiniões e atitudes dos médicos em relação à esquizofrenia era respondido pelos participantes no pré e pós intervenção. Em relação ao curso da esquizofrenia, 83% dos clínicos gerais responderam que os pacientes com esquizofrenia recuperariam sua funcionalidade. Esse número chegou a 92,5% após as sessões de treinamento. A resposta em relação a um curso negativo caiu de 13,2% antes do treinamento para 7,5% ($P = 0,2$) durante o acompanhamento (Heim *et al.*, 2018; Uçok *et al.*, 2006).

Kaur *et al.* (2021), destacam que o estudo de evidência nível 1, RS de estudos com coleta de dados primários, com todos os tipos de intervenções relacionadas com estigma no domínio da saúde mental. Incluiu 9 estudos nesta RS de regiões da Índia, seus participantes eram: a) membros da comunidade; a) ACS; b) pacientes com esquizofrenia e cuidadores; c) mulheres que vivem com HIV/SIDA; d) profissionais de saúde mental.

As intervenções eram:

- a) palestra de demonstração de casos;
- b) dramatização;
- c) oficinas de educação em saúde mental;

d) programa de transporte de paciente até o atendimento especializado. Não apresentou redução do estigma como desfecho primário, seus resultados eram:

- melhora na atitude de trabalhadores de saúde;
- conhecimento e atitude em relação a depressão.

Fujii *et al.* (2021), afirmam que um ECR com N=115 com desenvolvimento de escala para avaliação do estigma em esquizofrenia entre farmacêuticos comunitários, na província de Aichi – Japão. Grupo com 56 participantes para um programa educacional, esses assistiram uma palestra de 60 min dada por um psiquiatra com os seguintes conteúdos: conceito, epidemiologia, sintomas, efeito da doença nas atividades sociais, diagnóstico e tratamento. Outro grupo com 59 participantes realizaram as seguintes atividades:

- a) apresentação de equipe;
- b) palestra sobre transtorno mental relacionado ao estigma;
- c) manejo de pacientes com esquizofrenia;
- d) discussão para esclarecer experiência dos pacientes;
- e) entrevista com paciente;
- f) discussão da aprendizagem dos farmacêuticos a partir de experiência com os pacientes.

Avaliação com escala de estigma para esquizofrenia para farmacêuticos comunitários (SSCP) antes da palestra (t1), após a palestra (t2) e após comunicação com pacientes diagnosticados (t3). Efeitos do programa educacional baseado em contato sobre reduzindo o estigma. Fator I: Distanciamento social no serviço profissional de farmácia; Fator II: Atitudes em relação aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Pontuação total na SSCP foi \bar{y} 9,0 (\bar{y} 16,0 – \bar{y} 5,0) no grupo de intervenção baseada em contato e \bar{y} 3,0 (\bar{y} 7,0–1,0) no grupo de palestras educativas (taxa de melhoria, 15,5 e 5,2%, respectivamente; $p < 0,001$). As taxas de melhoria para cada fator nos grupos de intervenção baseada em contato e palestras educativas foram sendo: fatores I: 18,3 e 7,1%, II: 23,0 e 4,5%, III: 5,0 e 6,7%, e IV: 1,0 e 0%, respectivamente, revelando melhorias acentuadas nas pontuações dos fatores I e II ($p = 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente) (Fujii *et al.*, 2021).

Quadro 6 – Redução do estigma relacionado a esquizofrenia e transtorno bipolar

| Autor, ano | Artigos/ população (n) | Avaliação/ intervenção | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | Desfecho | Principais achados |
|---------------------------|---|---|-----------------------|--|---|---|---|
| Heim <i>et al.</i> , 2019 | 9 estudos Estudantes de medicina e enfermagem N variando de 44 a 205. Países de baixa e média renda. | Redução de estigma em saúde mental em estudantes de medicina e enfermagem. Palestra educativa antes da intervenção de contato. Contato presencial versus intervenção de contato baseada em vídeo. | Revisão sistemática | Grupo intervenção X Grupo controle | Escala de Estigma abrindo mentes para Provedores de Cuidados de Saúde | Melhoria do desempenho profissional com as pessoas que têm condição de saúde mental. Surgiu um efeito principal significativo do tempo na pontuação total. ($p < 0.001$, $n^2 = 0.49$ parcial) | Nível 2 evidência Os resultados geralmente mostram um efeito positivo do envolvimento dos alunos em tarefas ativas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas condições (vídeo vs. presencial) |

| Autor, ano | Artigos/ população (n) | Avaliação/ intervenção | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | Desfecho | Principais achados |
|---------------------------|---|--|---------------------|------------------------|---|---|---|
| Heim <i>et al.</i> , 2018 | 18 estudos Tamanhos das amostras variaram de menos de N = 30 a N > 200 | Redução de estigma em saúde mental em Enfermeiros, clínicos gerais (CG) ou profissionais comunitários de saúde mental - Sessão de educação antiestigma. - Sessão aula estigma na esquizofrenia. - Sessão em casos clínicos. | Revisão sistemática | Pré teste Pós teste | Questionário próprio autor com 16 itens | Curso negativo da esquizofrenia caiu do pré teste 13,2%, para pós teste 7,5%. (P = 0,2) | Nível 2 evidência Intervenção educativa pode promover uma mudança de atitudes, se apoiada em abordagens complementares dentro das práticas médicas gerais. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

| Autor, ano | Artigos/ população (N) | Avaliação/ intervenção | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | Desfecho | Principais achados estatísticos |
|----------------------------|---|---|----------------|---|---|---|---|
| Fujii <i>et al.</i> , 2021 | 1 ECR. Farmacêuticos comunitários.. Aichi – Japão. N= 115 | - Grupo com palestra educativa com psiquiatra sobre esquizofrenia. N=56 - Grupo baseado em contato. Comunicação com pacientes diagnosticados com esquizofrenia e participando de palestra. N =59 | ECR | Pré e pós palestra e pós comunicação com pacientes. | Escala de estigma para esquizofrenia para Farmacêuticos Comunitários (SSCP) | Grupo intervenção baseado em contato ȳ9,0 (ȳ 16,0 – ȳ 5,0). Grupo de palestras educativas ȳ3,0 (ȳ7,0–1,0) Taxa de melhoria, 15,5 e 5,2%, respectivamente; $p < 0,001$ Melhorias baseados em contatos e palestras educativas nos fatores I: 18,3 e 7,1%, II: 23,0 e 4,5%, III: 5,0 e 6,7%, e IV: 1,0 e 0%. revelando melhorias acentuadas nas pontuações dos fatores I e II ($p = 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente). | Nível 2 de evidência SSCP e o programa educativo para farmacêuticos comunitários que se centra na comunicação com o PDS foram úteis para avaliar e reduzir, respetivamente, o estigma atribuído por estes farmacêuticos à esquizofrenia. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

| Autor, ano | Artigos/ população (n) | Avaliação/ intervenção | Tipo de estudo | Comparador | Formas de medidas | Desfecho | Principais achados |
|---------------------------|---|---|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--|---|
| KAUR <i>et al.</i> , 2021 | 9 estudos País: regiões da Índia Incluindo: membros da comunidade; ACS; pacientes com esquizofrenia e cuidadores; mulher que vivem com HIV/SIDA; profissionais de saúde mental. | Palestras, demonstração de casos e dramatizações. Literacia em saúde mental. Oficinas de educação em saúde mental, programa de transporte de pacientes até o atendimento especializado. | Revisão sistemática | Pré e pós intervenção. GI/GC | Não descreve qual utilizou. | Melhora na atitude de trabalhadores de saúde. Conhecimento e atitudes em relação à depressão. | Nível 1 de evidência Melhor atitude de trabalhadores frente aos problemas mentais. Sem valor estatístico. N= 63 ACS curso de saúde mental de quatro dias com mudança dos participantes em conhecimento e crenças sobre transtornos mentais. Sem valor de P. N= 333 sendo GC (grupo controle) e GI Grupo intervenção) GI mostrou níveis elevados de conhecimento em relação depressão e níveis baixo de estigma em relação GC. Sem valor estatístico apresentado. |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Quadro 7 – Intervenções ao estigma do transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia

| Referência Tipo de estudo | Intervenção | Análise descritiva |
|--------------------------------|---|---|
| Heim <i>et al.</i> , 2019 / RS | - Intervenção de contato: Palestra de 2 horas, abordando sobre saúde mental e psiquiatria. (Causas do estigma associado à esquizofrenia; -mitos comuns sobre a esquizofrenia e a relação entre violência, agressividade e independência); - Posteriormente um jovem com esquizofrenia se apresentou e discutiu suas experiências com os alunos. | - Nível 2 de evidência; - Redução do estigma, melhoria do desempenho profissional com as pessoas que têm condição de saúde mental, efeito significativo no tempo ($p < 0.001$, $n_2 = 0.49$ parcial) |
| Heim <i>et al.</i> , 2018; RS | - Sessão de aula impacto do estigma na esquizofrenia; - Sessão de caso clínico. | - Nível 3 de evidência; - Efetiva redução do entendimento do curso negativo da esquizofrenia, caindo do pré teste (13,2%, para pós teste 7,5%. ($P = 0,2$) $p=0,2$). |
| Kaur <i>et al.</i> , 2021 RS | Palestra de demonstração de casos; dramatização; oficinas de educação em saúde mental; programa de transporte de paciente até o atendimento especializado. | - Nível 3 de evidência; - Não apresentou redução do estigma como desfecho primário. |
| Fujii <i>et al.</i> , 2021 ECR | - Palestra educativa com psiquiatra sobre esquizofrenia. - Atividades: apresentação de equipe; palestra sobre transtorno mental relacionado ao estigma; manejo de pacientes com esquizofrenia; discussão para esclarecer experiência dos pacientes; entrevista com paciente; discussão da aprendizagem dos farmacêuticos a partir de experiência com os pacientes. | - Nível 2 de evidência; - Taxa de melhoria, 15,5 e 5,2%, respectivamente; $p < 0,001$ melhorias baseado em contato e palestra educativa nos fatores I: 18,3 e 7,1%, II: 23,0 e 4,5%, III: 5,0 e 6,7%, e IV: 1,0 e 0%. revelando melhorias acentuadas nas pontuações dos fatores I e II ($p = 0,001$ e $p < 0,001$, respectivamente). |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

5.3 Risco de viés nos estudos e qualidade metodológica

A qualidade dos estudos incluídos ocorreu a partir da avaliação dos critérios de elegibilidade, sendo selecionados estudos com baixo risco de viés após avaliação dos pesquisadores pelas ferramentas ROBIS para revisões sistemáticas e da colaboração Cochrane para ensaios clínicos randomizados.

Na avaliação do risco de viés das 8 revisões sistemáticas, em todos os itens apenas 3 entraram em concordância na avaliação dos pesquisadores Flávio Veloso e Railson Freitas, e para ensaio clínico randomizado de 5 apenas 1 discordância. Sendo necessário um terceiro pesquisador Leonardo Rodrigo Baldaçara para avaliação das revisões sistemática e ensaio clínico em discordância.

Mesmo não havendo discordância, a revisão de Liu *et al.* (2023), seus resultados não foram robustos, de 15 estudos incluídos na revisão, apenas três eram ensaios clínicos randomizados (ECR), sugerindo que os resultados positivos observados poderiam ser atribuídos a fatores externos e não à intervenção proposta. Para as demais RS que envolveu um terceiro pesquisador, entenderam que Péres-Flores e Cabassa (2021) não ficou claro o critério de exclusão de 423 artigos selecionados em triagem inicial, em seus resultados não se mostrou robusto, incluindo para a revisão 7 artigos. Toth *et al.* (2022), comenta que para mais de um pesquisador ficou compreendido que o critério de elegibilidade do estudo foi baixo.

Os artigos selecionados na RS por Heim *et al.* (2019), foram publicados entre os anos de janeiro de 2013 a maio de 2017. Para uma análise detalhada do conteúdo, os textos completos incluídos foram introduzidos no software de análise de dados qualitativos MAXQDA. Não ficou claro em sua descrição outra avaliação de risco de viés. Em outros artigos de RS selecionado de Heim *et al.* (2018), manteve o registro no PROSPERO, com descritores de pesquisa diferentes.

Na RS elaborada por Kaur *et al.* (2021), incluído na pesquisa 9 artigos de uma pesquisa com artigos em língua inglesa, no artigo publicado não ficou claro o risco de viés e qualidade metodológica utilizada. O pesquisador descreve limitação no âmbito desta revisão por achar que alguns estudos relevantes podem ter sido perdidos devido à exclusão de literatura cinzenta, estudos qualitativos e periódicos não indexados.

Nos artigos de ECR de Ojio *et al.* (2020), não ficou claro como ocorreu recrutamento de participantes, deu a entender que aleatoriamente só foi excluído quem não sabia ler e escrever em japonês.

Quadro 8 – ROBIS: Ferramenta para avaliar risco de viés em revisões sistemáticas

| Estudar | CrITÉrios de elegibilidade do estudo | Identificação e seleção dos estudos | Coleta de dados e avaliação do estudo | Síntese e descobertas | Risco de viés na revisão |
|------------------------------------|---|--|--|------------------------------|---------------------------------|
| Munawar <i>et al.</i> , 2020 | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo |
| Liu <i>et al.</i> , 2023 | Baixo | Baixo | Baixo | Incerto | Incerto |
| Péres-Flores; Cabassa, 2021 | Incerto | Incerto | Baixo | Baixo/incerto /incerto | Baixo /incerto /incerto |
| Toth <i>et al.</i> , 2022 | Incerto /baixo /baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo |
| Heim <i>et al.</i> , 2019 | Baixo | Baixo /incerto / Incerto | Baixo | Baixo | Incerto |
| Heim <i>et al.</i> , 2018 | Baixo | Baixo /incerto / incerto | Baixo | Baixo | Incerto |
| Yan Ma, Anderson; Queimadura, 2023 | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo |
| Kaur <i>et al.</i> , 2021 | Baixo | Baixo | Incerto/baixo/incerto | Baixo / incerto /incerto | Incerto |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

Quadro 9 – Colaboração Cochrane – RCT (Ferramenta da Colaboração Cochrane para avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados)

| Estudar | Sequência aleatória geração | Alocação ocultação | Cegamento de participantes e profissionais | Cegamento de avaliadores de desfecho | Incompleto dados de resultados | Seletivo comunicando | Outras fontes de preconceito | Geral |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------|---|---|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Chisholm <i>et al.</i> , 2012 | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo |
| Arthur <i>et al.</i> , 2020 | Baixo | Baixo | Baixa | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo |
| Ojio <i>et al.</i> , 2020 | Incerto / baixo /incerto | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo |
| Fujii <i>et al.</i> , 2021 | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo |
| Li <i>et al.</i> , 2015 | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo | Baixo |

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa de RS com análise crítica dos estudos de RS e ECR recrutados, sintetizou as principais intervenções para manejo do estigma dos transtornos mentais.

Intervenções práticas no manejo do estigma são do ponto de vista da saúde pública estratégias importantes para reduzir a carga social e econômica dos transtornos mentais (Yan Ma; Anderson; Queimadura, 2023). O estigma é uma barreira à procura de ajuda que contribui para a lacuna no tratamento de saúde mental, é vital estratégias eficazes para reduzir o estigma (Kaur *et al.*, 2021).

A maioria dos estudos de intervenção combinam estratégias de educação em saúde mental com atividades práticas de contatos com pessoas que tiveram experiências com transtorno mental, além de atividades práticas de resolução de problemas. As intervenções educativas sobre literacia em saúde mental são eficazes na melhoria das atitudes dos indivíduos em relação às pessoas com doença mental, o que, por sua vez, pode levar a melhores resultados para estas pessoas (Arthur *et al.*, 2020).

Nas duas estratégias encontrada por Pérez-Flores (2021), apresentaram o valor estatístico na redução do estigma do cuidado com a saúde mental, no recurso com fotonovela ($t=2,01$, $p<0.05$) foi descrito como de maior valor estatístico em comparação com folheto de texto ($t=1,45$, não significativo) no pós teste. Já na pesquisa conduzida por Yan Ma, Anderson e Queimadura (2023), demonstram que foram avaliados intervenção com os vídeos ou contatos as pessoas que tiveram experiências com transtorno mental, reduzindo significativamente no pós intervenção e se mantendo no acompanhamento de 2,5 meses.

No estudo de Chisholm *et al.* (2012), foram realizadas combinação com intervenção de educação e contato com jovem que teve experiência vivida de doença mental, no outro grupo só educação sem contato. Neste até relata mudança positiva, mas não apresenta resultados estatísticos.

Para Ojio *et al.* (2020), a intervenção com vídeo de mensagens biomédicas, teve valor estatístico significativo pós teste a partir da escala de avaliação MIDUS ($F(1, 177)=160.5$, $p<0,0001$, $\eta^2=0.48$). Dentre os estudo apenas Li *et al.* (2015), descrevem a intervenção com profissionais comunitário de saúde mental, participaram de um treinamento com três módulos (curso, prática clínica e perspectiva da saúde pública), avaliado pela escala MAKES aumento de conhecimento ($P < 0.05$) 6 meses 24,45(2,37), 12 meses 24,17 (2,48). IC95%, e pela escala MICA diminuído atitudes estigmatizantes ($P < 0.001$). pré teste 49,79(8,29), pós teste 47,13 (7,50), 6 meses 44,21(8,83), 12 meses 45,20(8,95). IC95%, a escala de comportamento RIBS e

no acompanhamento de 6 e 12 meses respectivamente 16,21(2,89)/16,43(3,28) IC 95%. aumentou apresentando valor estatístico satisfatório.

Craig *et al.* (2021) e Liu *et al.* (2023), citam que os estudos houveram baixos critérios de elegibilidades, a sua intervenção de psicoeducação on-line focado em depressão e ansiedade que abordava formato de multimídia simples contendo: gráficos, vídeos de consumidores com experiências vividas com depressão e ansiedade, e exercícios. Mostrou resultado significativo entre grupo intervenção e controle, mantendo valor de P mesmo após seis meses de intervenção. Apesar de ter encontrado um valor estatístico significante, no desfecho primário estigma dos transtornos mentais não foi prioridade.

Os programas de alfabetização são fundamentais para conhecimento em saúde mental, quando adaptados para especificidade do público esse torna-se mais efetivo. Arthur *et al.* (2020), em seu estudo ECR de nível 2 de evidência mostrou estatisticamente diferença positiva nos escores após intervenção, do estigma percebido e estigma pessoal com IC 95% para ambos. Para este resultado a intervenção para líderes comunitários foi através de vídeos, apresentações e resolução de problemas.

Nos estudos que abordavam estigma no transtorno esquizofrenico, várias intervenções foram aplicadas de forma adaptada ao grupo intervenção. Na formação profissional é indispensável a abordagem dessa temática. De acordo com Heim *et al.*, (2019), no programa de antiestigma que ministrou palestras abordando estigma, mitos, agressividade e independência associado a esquizofrenia. Tiveram a participação de um jovem com esquizofrenia que discutiu e apresentou suas experiências. Foi apresentado valor de P positivo em análise após 1 mês de intervenção, resultando em mudanças no cuidado e manejo das pessoas com esquizofrenia. Já para Uçok *et al.* (2006), a intervenção com apresentação sobre impacto do estigma na esquizofrenia e depois sessão focada em casos clínicos ministrado para clínicos gerais, mostrou redução (pré teste 13,2%, para pós teste 7,5%. (P = 0,2)) no curso negativo da doença comparado com pré-teste.

Com nível de evidência 1, Kaur *et al.* (2021), apresentam em sua intervenção palestras com demonstração de casos, dramatização, oficinas de educação em saúde mental e programa de transporte de paciente até o atendimento especializado. Apesar de ser estratégia de treinamento em saúde mental, seus resultados não apresentaram desfecho primário para o estigma.

6.1 Limitações

Na análise dos estudos algumas limitações tornaram menor robustez nos resultados. Primeiro, em alguns estudos que apesar da qualidade metodológica e nível de evidência desejado, não apresentavam redução do estigma no seu desfecho primário. Segundo Heim *et al.* (2019), Liu *et al.* (2023), Pérez-Flores e Cabassa (2021) e Tóth *et al.* (2022) com boa qualidade metodológica nos seus resultados nem sempre eram apresentados em valor estatístico, exigindo ainda mais aprofundamento em seus estudos de recrutamento. Terceiro, quando em análise aprofundada dos estudos recrutados para estudo de seleção, alguns apresentavam ano anterior ao ano de 2019 (Chisholm *et al.*, 2012; Griffiths *et al.*, 2016; Li *et al.*, 2015; Uçok *et al.*, 2006; Unger *et al.*, 2013).

7 CONCLUSÃO

Com este estudo de RS e ECR é possível concluir que as intervenções quando combinadas podem ser efetivas na redução do estigma relacionado aos transtornos mentais, mesmo diante das limitações observadas nos estudos avaliados.

Ao analisar qualidade metodológica, nível de evidência e risco de viés dos artigos recrutados para análise. Foi possível encontrar intervenções com bons resultados para o trabalho de treinamento, letramento e alfabetização em saúde mental. Para ser assertiva, a intervenção precisa ser adequada para o grupo intervenção (profissionais de saúde, líderes comunitários, estudantes e familiares de pessoas com transtorno mental).

Na análise foi observado que o estigma não se restringe apenas a um grupo de pessoas, ele existe até mesmo em pessoas que trabalham com portadores de transtorno mental.

A combinação de treinamento com modelos teóricos e práticos mostrou resultado positivo em quase todos os estudos apresentados, independentemente do nível de evidência e do risco de viés, assumindo que a hipótese nula seja verdadeira.

Alguns estudos mostraram resultados no acompanhamento de longo prazo, em um período de avaliação que variou do pós teste até seis meses após intervenção. É perceptível a importância dessa avaliação constante de combinar estratégias ao longo do tempo, a fim de aumentar a robustez estatística e o reconhecimento efetivo da intervenção.

Diante dos resultados encontrados, torna-se evidente que, deve haver implementação constante de intervenções com objetivo de reduzir o estigma, e que elas sejam efetivas e passíveis de serem replicadas em vários grupos de intervenção.

REFERÊNCIAS

- ALTINDAG, A. *et al.* Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 60, n. 3, p. 283-288, 2006. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2006.01503.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16732743/>. Acesso em: 09 jul. 2024.
- ARTHUR, Y. A. *et al.* Effectiveness of a problem-solving, story-bridge mental health literacy programme in improving ghanaiian community leaders' attitudes towards people with mental illness: a cluster randomised controlled trial. **Ment Health Nurs**, v. 42, n. 4, p. 332-345, Apr. 2020. DOI: 10.1080/01612840.2020.1799273. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32877258/>. Acesso em: 09 jul. 2024.
- AYUSO, L. S. *et al.* The Promotion of Mental Health and Prevention of First-Episode Psychosis: A Pilot and Feasibility Non-Randomised Clinical Trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 22, 20 Nov. 2023. DOI: 10.3390/ijerph20227087. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10671828/pdf/ijerph-20-07087.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2023.
- BALDAÇARA, L. **Emergências psiquiátricas**. Rio de Janeiro. Elsevier, 2018.
- BARBOSA, M. G. *et al.* Percepção da equipe de enfermagem sobre cuidados de crianças e adolescentes internados com transtornos mentais. **Escola Anna Nery**, v. 27. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0187pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/fqh8zsJS7phB5CtJzVDHXWr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- BEATTIE, T. S. *et al.* Mental health problems among female sex workers in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine**, v. 15, 17 Sep. 2020. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003297. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32931504/>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- BORRAS, L. *et al.* Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. **Eur Psychiatry**, v. 24, n. 5, p. 307-316, Jun. 2009. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2009.01.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19321313/>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **ROBIS – risk of bias in systematic reviews: ferramenta para avaliar o risco de viés em revisões sistemáticas: orientações de uso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas?download=128:robis-risk-of-bias-in-systematic-reviews-ferramenta-para-avaliar-o-risco-de-vies-em-revisoes-sistematicas-orientacoes-de-uso/>. Acesso em: 18 maio 2024.
- CAMPOS, L. *et al.* Is It possible to ‘find space for mental health’ in young people? effectiveness of a school-based mental health literacy promotion program. **International Journal Of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 7, Jul. 2018. DOI:

10.3390/ijerph15071426. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6069495/>. Acesso em: 18 maio 2024.

CARVALHO, A. P. V. *et al.* Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Medicina baseada em Evidência**, mar. 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2013/v18n1/a3444.pdf>. Acesso em: 18 maio 2024.

CHISHOLM, K. E. *et al.* A Randomised controlled feasibility trial for an educational school-based mental health intervention: study protocol. **BMC Psychiatry**, v. 12, n. 23, Mar. 2012. DOI: 10.1186/1471-244X-12-23. Disponível em:
<https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-23> . Acesso em: 01 abr. 2024.

COSH, S. M. *et al.* Athlete mental health help-seeking: a systematic review and meta-analysis of rates, barriers and facilitators. **Psychol Sport Exerc**, v. 71, Dec. 2023. DOI: 10.1016/j.psychsport.2023.102586. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38128709/>. Acesso em: 01 abr. 2024.

COSSU, G. *et al.* Integrating children with psychiatric disorders in the classroom: a systematic review. **Clin Pract Epidemiol Ment Health**, v. 11 (Suppl 1 M3), p. 41-57, Feb. 2015. DOI: 10.2174/1745017901511010041. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378069/>. Acesso em: 01 abr. 2024

CRAIG, S. L. *et al.* Eficácia da terapia de grupo cognitivo-comportamental afirmativa para adolescentes e jovens adultos de minorias sexuais e de gênero em ambientes comunitários em Ontário, Canadá. **BMC Psychology**, v. 9, n. 1, Jul. 2021. DOI: 10.1186/s40359-021-00595-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34099063/>. Acesso em: 08 jan. 2024

DESCARTES, René. **Discurso do método**. Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

FEIJÓ, P. L. *et al.* Tradução, adaptação e validação da escala MICA-4 Brasil com aplicação para acadêmicos de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 47, n. 4, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DxqrtzJ74schrtwmnj5HTFN/?lang=pt>. Acesso em: 08 jan. 2024.

FERNANDES, G. F. *et al.* **Clínica psiquiátrica: guia prático**. 2. ed., ampl. e atual. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.

FUJII, T. *et al.* Scale development and an educational program to reduce the stigma of schizophrenia among community pharmacists: a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 1, 26 Apr. 2021. DOI: 10.1186/s12888-021-03208-z. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33902519/>. Acesso em: 08 jan. 2024.

GÖRZIG, A.; RYAN, L. N. The different faces of mental illness stigma: systematic variation of stereotypes, prejudice and discrimination by type of illness. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 63, n. 5, p. 545-554, Oct. 2022. DOI: 10.1111/sjop.12833. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35634651/>. Acesso em: 08 jan. 2024.

GRANDÓN, P. *et al.* Effectiveness of an intervention to reduce stigma towards people with a mental disorder diagnosis in university students of healthcare careers. **Psychiatry Research**, v. 328, Oct. 2023. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115428. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37643532/>. Acesso em: 08 jan. 2024.

GRAY, N. S. *et al.* Reducing sickness absence and stigma due to mental health difficulties: a randomised control treatment trial (RCT) of a low intensity psychological intervention and stigma reduction programme for common mental disorder (Prevail). **BMC Public Health**, v. 23, n. 1, 10 Jul. 2023. DOI: 10.1186/s12889-023-16200-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37430234/>. Acesso em: 30 jan. 2024.

GRIFFITHS, K. M. *et al.* Eficácia do MH-Guru, um breve programa de saúde mental on-line para o local de trabalho: um ensaio clínico randomizado e controlado. **Internet Interventions**, v. 6, p. 29-39, Set. 2016. DOI: 10.1016/j.invent.2016.09.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30135812/>. Acesso em: 30 jan. 2024.

GULLIVER, A. *et al.* Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. **Jornal of Medecal Internet Research**, v. 14, n. 3, 29 Jun. 2012. DOI: 10.2196/jmir.1864. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22743352/>. Acesso em: 30 jan. 2024.

GURUNG D, *et al.* Stigma against mental health disorders in Nepal conceptualised with a 'what matters most' framework: a scoping review. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2022 Jan 28;31:e11. doi: 10.1017/S2045796021000809. PMID: 35086602; PMCID: PMC8851063.

GUREJE, O. *et al.* Collaborative shared care to improve psychosis outcome (COSIMPO): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 18, n. 10 Oct. 2017. DOI: 10.1186/s13063-017-2187-x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29017605/>. Acesso em: 30 maio 2024.

HALL, K. S. *et al.* Warrior Wellness: A Randomized Controlled Pilot Trial of the Effects of Exercise on Physical Function and Clinical Health Risk Factors in Older Military Veterans With PTSD. **The journals of gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 75, n. 11, p. 2130-2138, 15 Oct. 2020. DOI: 10.1093/gerona/glz255. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31646339/>. Acesso em: 30 maio 2024.

HANLON, C. *et al.* Task sharing for the care of severe mental disorders in a low-income country (TaSCS): study protocol for a randomised, controlled, non-inferiority trial. **Trials**, v. 17, n. 76, 11 Feb. 2016. DOI: 10.1186/s13063-016-1191-x. Disponível em: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-1191-x#citeas>. Acesso em: 30 maio 2024.

HARTMAN, C. A. *et al.* Anxiety, mood, and substance use disorders in adult men and women with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: a substantive and methodological overview. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 151, Aug. 2023. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2023.105209. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37149075/>. Acesso em: 30 maio 2024.

HEIM, E. *et al.* Reducing mental health-related stigma among medical and nursing students in low- and middle-income countries: a systematic review. **Epidemiology and Psychiatric**

Sciences, v. 29, 1 Apr. 2020. DOI: 10.1017/S2045796019000167. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6848770/pdf/S2045796019000167a.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

HEIM, E. *et al.* Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low- and middle-income countries: a systematic review. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29 e3, 4 Sep. 2020. DOI: 10.1017/S2045796018000458. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6399081/pdf/S2045796018000458a.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

HIGGINS, J. P. T. *et al.* (org.). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions**. Version 6.3. 2022. Disponível em: www.training.cochrane.org/handbook. Acesso em: 01 mar. 2022.

HOLZINGER, A. *et al.* Evaluation zielgruppenorientierter Interventionen zur Reduzierung des Stigmas psychischer Krankheit. **Psychiatrische Praxis**, v. 35, 8, p. 376-86, Nov. 2008. DOI: 10.1055/s-2008-1067396. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2008-1067396>. Acesso em: 30 jun. 2024.

HOWICK, J. *et al.* Explanation of the 2011 oxford centre for evidence-based medicine (oceb) levels of evidence (background document). **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine**, 2011. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/explanation-of-the-2011-oceb-levels-of-evidence/>. Acesso em: 30 jun. 2024.

ITO-JAEGER, S. *et al.* Intervenções de vídeo digital e alfabetização em saúde mental entre jovens: um escopo revisão. **Journal of Mental Health (Abingdon, England)**, v. 31, n. 8, p. 873-883 2022. DOI: 10.1080/09638237.2021.1922642. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2021.1922642>. Acesso em: 20 nov. 2023.

JENSEN, K. B. *et al.* The effect of the mental health first-aid training course offered employees in Denmark: study protocol for a randomized waitlist-controlled superiority trial mixed with a qualitative study. **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 80, 14 Apr. 2015. DOI: 10.1186/s12888-015-0466-1. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4411756/pdf/12888_2015_Article_466.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

JEREMY, H. *et al.* **Explicação dos níveis de evidência do oxford centre for evidence-based medicine (OCEBM) de 2011**. [S. l.]: Centro de Medicina Baseada em Evidências de Oxford, 2011. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/files/levels-of-evidence/cebm-levels-of-evidence-2-1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2023.

JIMENEZ, D. E. *et al.* The happy older latinos are active (HOLA) health promotion and prevention study: study protocol for a pilot randomized controlled trial. **Trials**. v. 16, n. 579, 18 Dec. 2015. DOI: 10.1186/s13063-015-1113-3. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4683729/pdf/13063_2015_Article_1113.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024.

JOHNSON, J. A. *et al.* Technology-Based Interventions to Improve Help-Seeking for Mental Health Concerns: A Systematic Review. **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 44, n.

4, p. 332-340, Jul. 2022. DOI: 10.1177/02537176211034578. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9301737/pdf/10.1177_02537176211034578.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024.

KAUR, A. *et al.* Systematic review of interventions to reduce mental health stigma in India. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 55, Jan. 2021. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102466. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7116814/pdf/EMS116657.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2024.

LE, P. D. *et al.* Barriers and facilitators to implementation of evidence-based task-sharing mental health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review using implementation science frameworks. **Implementation Science**, v. 17, n. 4, 12 Jan. 2022. DOI: 10.1186/s13012-021-01179-z. Disponível em: Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7116814/pdf/EMS116657.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2024. Acesso em: 20 jul. 2024.

LI, J. *et al.* Programa de treinamento em saúde mental para funcionários de saúde mental da comunidade em Guangzhou, China: efeitos sobre o conhecimento da doença mental e do estigma. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 8, n. 1, 4 Dez. 2014. DOI: 10.1186/1752-4458-8-49. Disponível em: <https://ijmhs.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/1752-4458-8-49.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2024. Acesso em: 20 jul. 2024.

LI, J. *et al.* Training community mental health staff in Guangzhou, China: evaluation of the effect of a new training model. **BMC Psychiatry**, v. 15, 26 Oct. 2015. DOI: 10.1186/s12888-015-0660-1. Disponível em: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12888-015-0660-1.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2024. Acesso em: 20 jul. 2024.

LIEVENSE, P. *et al.* Effectiveness of a serious game on the self-concept of children with visual impairments: a randomized controlled trial. **Disability and Health Journal**, v. 14, n. 2, Apr. 2021. DOI: 10.1016/j.dhjo.2020.101017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33184023/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

LIU, Y. *et al.* Digital intervention in improving the outcomes of mental health among LGBTQ+ youth: a systematic review. **Frontiers in psychology**, v. 14, 22 Sep. 2023. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1242928. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10556462/pdf/fpsyg-14-1242928.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2024.

LUCASSEN, M. *et al.* How LGBT+ young people use the internet in relation to their mental health and envisage the use of e-therapy: exploratory study. **Jogos Sérios**, v. 6, n. 4, Oct./Dec. 2018. DOI: 10.2196/11249. Disponível em: <https://games.jmir.org/2018/4/e11249/>. Acesso em: 28 jul. 2024.

McLAREN, T. *et al.* How can the utilisation of help for mental disorders be improved? A quasi-experimental online study on the changeability of stigmatising attitudes and intermediate variables in the process of utilisation. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, 19 Nov. 2021. DOI: 10.1186/s12889-021-12125-5. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8602987/pdf/12889_2021_Article_12125.pdf. Acesso em: 28 jul. 2024.

MOHER, D. *et al.* Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia em Serviço de Saúde**, Brasília-DF, v. 24, n. 2, p. 335-342, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/TL99XM6YPx3Z4rxn5WmCNCf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.

MUNAWAR, K. *et al.* A Systematic review of mental health literacy in Pakistan. **Asia Pacific Psychiatry**, v. 14, n. 4, 17 ago. 2020. DOI: 10.1111/appy.12408. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/appy.12408>. Acesso em: 23 jan. 2024.

MUNSON, M. R. *et al.* Cornerstone program for transition-age youth with serious mental illness: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 8, n. 17, n. 1, 8 Nov. 2016. DOI: 10.1186/s13063-016-1654-0. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5101671/pdf/13063_2016_Article_1654.pdf. Acesso em: 23 jan. 2024.

NARDIR, A. E.; SILVA, G. A.; QUEVEDO, J. **Tratado de psiquiatria da associação brasileira de psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

NÓBREGA, M. P. S. S. *et al.* Enfermeiros de atenção primária à saúde: atitude frente à pessoa com transtorno mental. **Revista gaúcha de enfermagem**, 42, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6Wm89YbmSc49JQNYx9FTFgs/?lang=en>. Acesso em: 24 jan. 2024.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista em Saúde Pública**, v. 43, p. 101-108, 2009. (Supl. 1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HYXMtKvsSvqdTynsNWBWSqk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2024.

OIKONOMOU, M.; MREXPKN, A.; XAPITON, M. O estigma da doença mental: Revisão histórica e enquadramento teórico. Clínica psiquiátrica, escola de medicina EKPA, hospital Aeginite. **Psiquiatria**, v. 31, p. 36-49, 2020. Disponível em: https://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1567&Itemid=1092&lang=en. Acesso em: 24 jan. 2024.

OJIO, Y. *et al.* Effects of biomedical messages and expert-recommended messages on reducing mental health-related stigma: a randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, v. 29, 22 Nov. 2019. DOI: 10.1017/S2045796019000714. PMID: 31753045; PMCID: PMC8061129. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8061129/pdf/S2045796019000714a.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **The BMJ**, v. 372, p. 71, mar. 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71.full.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2021.

PEREIRA, A. A. *et al.* Estigma dirigido a pessoas com transtornos mentais: uma proposta para formação médica do século XXI. **Revista Latino América de Psicopatologia**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 383-406, jun. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n2p383.7>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/N9p3BC4gH3WkgMFbrbzzLwJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2023.

PÉREZ-FLORES, N. J.; CABASSA, L. Effectiveness of mental health literacy and stigma interventions for latino/a adults in the United States: a systematic review. **Stigma Health**, v. 6, n. 4, p. 430-439, Nov 2021. DOI: 10.1037/sah0000343. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8974450/pdf/nihms-1739627.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2023.

PETERSEN, I. LUND, Crick. Mental health service delivery in South Africa from 2000 to 2010: one step forward, one step back. **South African Medical Journal**, v. 101, n. 10, p. 751-757, 28 Sep. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22272856/>. Acesso em: 21 nov. 2023.

PETKARI, E. *et al.* The influence of clerkship on students' stigma towards mental illness: a meta-analysis. **Medical Education**, v. 52, n. 7, p. 694-704, Jul. 2018. DOI: 10.1111/medu.13548. Disponível em: <https://asmepublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.13548>. Acesso em: 21 nov. 2023.

REYNDERS A, KERKHOF AJ, MOLENBERGHS G, VAN AUDENHOVE C. Atitudes e estigma em relação às intenções de busca de ajuda para problemas psicológicos em regiões de baixa e alta taxa de suicídio. **Soc Psiquiatria Psiquiatria Epidemiol.** Fevereiro de 2014; 49(2):231-9. DOI: 10.1007/S00127-013-0745-4. EPUB 2013 30 de julho. PMID: 23896893.

SACCO, R. *et al.* A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. **European Child and Adolescent Psychiatry**, p. 1–18, 30 Dec. 2022. DOI: 10.1007/s00787-022-02131-2. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9800241/pdf/787_2022_Article_2131.pdf. Acesso em: 21 nov. 2023.

SANTOS, C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. 3, maio/jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em: 23 jan. 2024.

SECO, G. *et al.* Stigma against mental health disorders in Nepal conceptualised with a 'what matters most' framework: a scoping review. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 31, 28 Jan. 2022. DOI: 10.1017/S2045796021000809. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8851063/>. Acesso em: 30 maio 2024.

SOUZA, A. J. P. *et al.* Sintomas de ansiedade generalizada entre estudantes de graduação: prevalência, fatores associados e possíveis consequências. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, n. 3, jul./set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000381>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/phdLZspxdbSmbRtqGs5WtGh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2024.

SRINIVASAN, K. *et al.* Improving mental health through integration with primary care in rural Karnataka: study protocol of a cluster randomized control trial. **BMC Family Practice**, v. 19, 1, 11 Sep. 2018. DOI: 10.1186/s12875-018-0845-z. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6134696/pdf/12875_2018_Article_845.pdf. Acesso em: 30 maio 2024.

TAY, J. L. *et al.* Effectiveness of information and communication technologies interventions to increase mental health literacy: a systematic review. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 12, n. 6, p. 1024-1037, Dec. 2018. DOI: 10.1111/eip.12695. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.12695>. Acesso em: 30 maio 2024.

TORALES, J. *et al.* Discriminação, estigma e saúde mental: o que vem a seguir?. **Revisão Internacional de Psiquiatria**, v. 35, n. 3-4, p. 242-250, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2186218>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540261.2023.2186218?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 30 maio 2024.

TÓTH, M. D. *et al.* Evidence for the effectiveness of interventions to reduce mental health related stigma in the workplace: a systematic review. **BMJ Open**, v. 13, n. 2 20 Feb. 2023. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-067126. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9944311/pdf/bmjopen-2022-067126.pdf>. Acesso em: 30 maio 2024.

UÇOK, A. *et al.* The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 64, n.4, p. 439-443, Aug. 2006. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2006.01529.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1819.2006.01529.x>. Acesso em: 30 maio 2024.

UNGER J. B. *et al.* Evaluation of a fotonovela to increase depression knowledge and reduce stigma among hispanic adults. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 15, n. 2, p. 398-406, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9944311/pdf/bmjopen-2022-067126.pdf>. Acesso em: 30 maio 2024.

UNIVERSIDADE DE YORK. **Prospero**. New York, 2022. Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/#myprospero>. Acesso em: 08 set. 2024

VAN SPIJKER, B. A.; VAN STRATEN, A.; KERKHOF, A. The effectiveness of a web-based self-help intervention to reduce suicidal thoughts: a randomized controlled trial. **Trials**, v. 11, n. 25, 9 Mar. 2010. DOI: 10.1186/1745-6215-11-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841163/pdf/1745-6215-11-25.pdf>. Acesso em: 30 maio 2024.

WANG, J. *et al.* A systematic review of screening tools for the detection of autism spectrum disorder in mainland China and surrounding regions. **Autism**. v. 24, n. 2, p. 285-296, Feb. 2022. DOI: 10.1177/1362361319871174.

YAN MA, K. K.; ANDERSON, Joanna; QUEIMADURA, Anne-Marie. Review: School-based interventions to improve mental health literacy and reduce mental health stigma - a systematic review. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 28, n. 2, p. 230-240, May 2023. DOI: 10.1111/camh.12543. Disponível em: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12543/>. Acesso em: 28 jul. 2024.

ANEXOS

ANEXO A – CHECKLIST PRISMA 2020

| Secção e Tópico | Item # | Verificação do item | Local onde o item está |
|------------------------------|--------|---|------------------------|
| TÍTULO | | | |
| Título | 1 | Identifica a publicação como uma revisão sistemática. | |
| RESUMO | | | |
| Resumo | 2 | Ver a lista de verificação PRISMA 2020 para Resumos. | |
| INTRODUÇÃO | | | |
| Fundamentação | 3 | Fundamenta a revisão no contexto do conhecimento existente. | |
| Objetivos | 4 | Apresenta explicitamente o(s) objetivo(s) ou questão(ões) respeitantes à revisão. | |
| MÉTODOS | | | |
| Critérios de elegibilidade | 5 | Especifica os critérios de inclusão e exclusão para a revisão e forma como os estudos foram agrupados para as sínteses. | |
| Fontes de informação | 6 | Especifica todas as bases de dados, registos, websites, organizações, listas de referências e outras fontes pesquisadas ou consultadas para a identificação dos estudos. Especifica a última data em que cada fonte foi pesquisada ou consultada. | |
| Estratégia de pesquisa | 7 | Apresenta as estratégias de pesquisa completas para todas as bases de dados, registos e websites, incluindo todos os filtros e limites utilizados. | |
| Processo de seleção | 8 | Especifica os métodos utilizados para decidir se um estudo satisfaz os critérios de inclusão da revisão, incluindo quantos revisores fizeram a triagem de cada registo e publicação selecionada, se trabalharam de uma forma independente e, se aplicável, os detalhes de ferramentas de automatização utilizadas no processo. | |
| Processo de recolha de dados | 9 | Especifica os métodos utilizados para recolha de dados das publicações, incluindo quantos revisores recolheram a informação de cada publicação, se trabalharam de uma forma independente, todos os processos de obtenção ou confirmação de dados por parte dos investigadores do estudo e, se aplicável, detalhes de ferramentas de automatização utilizadas. | |
| Dados dos itens | 10a | Lista e define todos os resultados para os quais os dados foram pesquisados. Especifica se foram pesquisados todos os resultados compatíveis com cada domínio em cada estudo (por exemplo, para todas as medidas, momentos, análises) e, se não, especifica os métodos utilizados para decidir quais resultados a recolher. | |

| | | | |
|--|-----|--|--|
| | 10b | Lista e define todas as outras variáveis para as quais os dados foram pesquisados (por exemplo, características dos participantes e intervenções, fontes de financiamento). Descreve os pressupostos utilizados sobre a informação em falta ou pouco clara. | |
| Avaliação do risco de viés nos estudos | 11 | Especifica os métodos utilizados para avaliar o risco de viés dos estudos incluídos, incluindo detalhes sobre o(s) instrumento(s) utilizado(s), quantos revisores avaliaram cada estudo e se trabalharam de forma independente e ainda, se aplicável, detalhes de ferramentas de automatização utilizadas no processo. | |
| Medidas de efeito | 12 | Especifica para cada resultado a(s) medida(s) de efeito (por exemplo, risco relativo e diferença de média) utilizada(s) na síntese ou apresentação dos resultados. | |
| Método de síntese | 13a | escreve os processos utilizados para decidir os estudos elegíveis para cada síntese (por exemplo, apresentar as características da intervenção evidenciadas no estudo e comparar com os grupos planeados para cada síntese (item #5)). | |
| | 13b | Descreve todos os métodos necessários de preparação de dados para apresentação ou síntese, tais como lidar com os dados em falta no resumo da estatística ou conversões de dados. | |
| Avaliação do viés Reportado | 13c | Descreve todos os métodos utilizados para apresentar ou exibir os resultados individuais de estudos e sínteses. | |
| | 13d | Descreve todos os métodos utilizados para resumir os resultados e fornece uma justificação para a(s) escolha(s). Se foi realizada uma meta-análise, Descreve o(s) modelo(s) e método(s) para identificar a presença e extensão da heterogeneidade estatística, e de software utilizado(s). | |
| | 13e | Descreve todos os métodos utilizados para explorar possíveis causas de heterogeneidade entre os resultados do estudo (p. ex. análise de subgrupos, meta-regressão). | |
| | 13f | Descreve todas as análises de sensibilidade realizadas para avaliar a robustez a síntese dos resultados. | |
| Avaliação do grau de Confiança | 14 | Descreve todos os métodos utilizados para avaliar o risco de viés devido à falta de resultados numa síntese (decorrente de viés de informação). | |
| | 15 | Descreve todos os métodos utilizados para avaliar a certeza (ou confiança) no corpo de evidência de um resultado. | |
| RESULTADOS | | | |
| Seleção dos estudos | 16a | Descreve os resultados do processo de pesquisa e seleção, desde o número de registos identificados na pesquisa até ao número de estudos incluídos na revisão, idealmente, utilizando um fluxograma. | |
| | 16b | Cita estudos que parecem satisfazer os critérios de inclusão, mas que foram excluídos, e explica as razões da exclusão. | |
| Características dos estudos | 17 | Cita cada estudo incluído e apresenta as suas características. | |

| | | | |
|---|-----|--|--|
| Risco de viés nos estudos | 18 | Apresenta a avaliação de risco de viés para cada estudo incluído. | |
| Resultados individuais dos estudos | 19 | Para todos os resultados de cada estudo, apresenta: (a) resumo da estatística para cada grupo (quando apropriado) e (b) uma estimativa do efeito e a sua precisão (por exemplo, intervalo de confiança/credibilidade), utilizando idealmente quadros ou gráficos estruturados. | |
| Resultados das sínteses | 20a | Para cada síntese, resumo das características e risco de viés entre os estudos selecionados. | |
| | 20b | Apresenta os resultados de todas as sínteses estatísticas realizadas. Se foi feita uma meta-análise, apresenta para cada resultado o resumo da estimativa e a sua precisão (por exemplo, intervalo de confiança/credibilidade) e medidas de heterogeneidade estatística. Se forem comparados grupos, descreve a direção do efeito. | |
| | 20c | Apresenta os resultados de todas as investigações de possíveis causas de heterogeneidade entre os resultados do estudo. | |
| | 20d | Apresenta resultados de todas as análises de sensibilidade realizadas para avaliar a robustez dos resultados sintetizados. | |
| Vieses reportados | 21 | Apresenta a avaliação do risco de viés devido à falta de resultados (resultantes de viés de informação) para cada síntese avaliada. | |
| Nível de significância | 22 | Apresenta a avaliação de certeza (ou confiança) no corpo de evidência para cada resultado avaliado. | |
| DISCUSSÃO | | | |
| Discussão | 23a | Fornece uma interpretação geral dos resultados no contexto de outra evidência. | |
| | 23b | Discute todas as limitações da evidência, incluídas na revisão. | |
| | 23c | Discute todas as limitações dos processos de revisão utilizados. | |
| | 23d | Discute as implicações dos resultados para a prática, política e investigação futura. | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | |
| Registo do protocolo | 24a | Fornece informação sobre o registo da revisão, incluindo o nome e número de registo, ou refere que a revisão não está registada. | |
| | 24b | Indica local de acesso ao protocolo da revisão, ou refere que o protocolo não foi preparado. | |
| | 24c | Descreve e explica todas as alterações à informação fornecida no registo ou no protocolo. | |
| Apoios | 25 | Descreve as fontes de financiamento ou apoio sem financiamento que suportam a revisão, e o papel dos financiadores ou patrocinadores da revisão. | |
| Conflito de interesses | 26 | Declara todos os conflitos de interesses dos autores da revisão. | |
| Disponibilidade dos dados, códigos e outros | 27 | Reporta quais dos seguintes materiais estão acessíveis publicamente e onde podem ser encontrados: modelo de formulários de recolha de dados extraídos dos estudos incluídos, dados utilizados para análise; código analítico, qualquer | |

materiais

outro material utilizado na revisão.

Fonte: Prisma Statment (2020)

ANEXO B – PROSPERO (INTERNATIONAL PROSPECTIVE REGISTER OF SYSTEMATIC REVIEWS)

NIHR | National Institute for
Health and Care Research

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews

Home | About PROSPERO | How to register | Service information | Search | My PROSPERO | Logout: Flavio Veloso Ribeiro



Registre sua avaliação agora

Edite seus detalhes

Você tem 1 registros

Discos em que estou trabalhando

Esses registros ainda estão sendo editados por você e não foram enviados para publicação.

| ID | Título | Estado | Última edição |
|----------------|--|------------|--|
| CRD42022369853 | Como lidar com o estigma dos transtornos mentais | Registrado | 22/12/2022   |

Fonte: Universidade de York (2022).

ANEXO C – ROBIS: FERRAMENTA PARA AVALIAR RISCO DE VIÉS NAS REVISÕES SISTEMÁTICAS

Fase 1: Avaliação da relevância (Opcional)

A ROBIS foi desenhada para avaliar o risco de viés em revisões com questões relacionadas a intervenções, etiologia, diagnóstico e prognóstico. Compare a pergunta da sua overview ou diretriz (“questão alvo”) com a pergunta que está sendo abordada na revisão em análise.

Para as revisões de intervenções:

| Categoria | Questão alvo (exemplo: <i>overview</i> ou diretriz) | Questão da revisão em análise |
|----------------------|--|--------------------------------------|
| Pacientes/População: | | |
| Intervenção: | | |
| Comparador: | | |
| Desfecho: | | |

Para revisões de etiologia:

| Categoria | Questão alvo (exemplo: <i>overview</i> ou diretriz) | Questão da revisão em análise |
|-----------------------|--|--------------------------------------|
| Pacientes/População: | | |
| Exposição/Comparador: | | |
| Desfecho: | | |

Para revisões de diagnóstico:

| Categoria | Questão alvo (exemplo: <i>overview</i> ou diretriz) | Questão da revisão em análise |
|-----------------------|--|--------------------------------------|
| Pacientes/População: | | |
| Teste <i>index</i> : | | |
| Padrão de referência: | | |
| Condição alvo: | | |

Para revisões de prognóstico:

| Categoria | Questão alvo (exemplo: <i>overview</i> ou diretriz) | Questão da revisão em análise |
|------------------------------|--|--------------------------------------|
| Pacientes/População: | | |
| Predição de desfecho: | | |
| Modelo pretendido: | | |
| Momento pretendido no tempo: | | |

| |
|--|
| A pergunta _____ pela revisão corresponde à questão alvo? SIM/NÃO/INCERTO |
|--|

Fase 2: Identificando os potenciais riscos de viés durante o processo da revisão

| DOMÍNIO 1: CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS ESTUDOS | |
|--|--|
| Descreva os critérios de elegibilidade do estudo, as restrições em relação à elegibilidade e se há evidência de que os objetivos e critérios de elegibilidade foram previamente especificados: | |
| 1.1 Os objetivos e critérios de elegibilidade foram S/PS/PN/N/SI definidos previamente? | |
| 1.2 Os critérios de elegibilidade eram apropriados à S/PS/PN/N/SI pergunta da revisão? | |
| 1.3 Os critérios de elegibilidade foram bem especificados S/PS/PN/N/SI (sem ambiguidade)? | |
| 1.4 Com relação aos critérios de elegibilidade, as restrições S/PS/PN/N/SI baseadas nas características dos estudos foram apropriadas? | |
| 1.5 Com relação aos critérios de elegibilidade, as restrições S/PS/PN/N/SI baseadas nas fontes de informações foram apropriadas? | |
| Gradação do potencial risco de viés nas especificações dos critérios de elegibilidade do estudo: ALTO/BAIXO/INCERTO Justificativa: | |

S=SIM, PS=PROVAVELMENTE SIM, PN=PROVAVELMENTE NÃO, N=NÃO, SI=SEMINFORMAÇÃO

| DOMÍNIO 2: IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DOS ESTUDOS | |
|---|--------------|
| Descreva os métodos de identificação e seleção de estudos (exemplo: número de revisores envolvidos): | |
| 1.1 A busca incluiu uma variedade suficiente de bases de dados/fontes eletrônicas para pesquisar artigos publicados e não publicados? | S/PS/PN/N/SI |
| 1.2 Além da busca nas bases de dados foram utilizados métodos adicionais para a identificação de artigos relevantes? | S/PS/PN/N/SI |
| 1.3 Os termos e a estrutura da estratégia de busca foram adequados para obter o maior número possível de artigos? | S/PS/PN/N/SI |
| 1.4 As restrições baseadas na data, formato de publicação ou idioma foram adequadas? | S/PS/PN/N/SI |
| 1.5 Foram realizadas tentativas para minimizar erros na seleção dos estudos? | S/PS/PN/N/SI |

Gradação do potencial risco de viés em relação aos métodos utilizados para identificar e/ou selecionar os ALTO/BAIXO/INCERTO estudos.

Justificativa:

S=SIM, PS=PROVAVELMENTE SIM, PN=PROVAVELMENTE NÃO, N=NÃO, SI=SEMINFORMAÇÃO

DOMÍNIO 3: COLETA DE DADOS E AVALIAÇÃO DO ESTUDO

Descreva os métodos utilizados na coleta de dados, o tipo de dado extraído dos estudos ou coletado por outros meios, como o risco de viés foi avaliado (exemplo: número de revisores envolvidos) e a ferramenta utilizada:

- | | |
|--|--------------|
| 1.1 Foram realizadas tentativas para minimizar o erro na coleta de dados? | S/PS/PN/N/SI |
| 1.2 As características disponíveis do estudo foram suficientes para que os autores da revisão e leitores sejam capazes de interpretar os resultados? | S/PS/PN/N/SI |
| 1.3 Todos os resultados relevantes foram coletados para síntese? | S/PS/PN/N/SI |
| 1.4 O risco de viés (ou qualidade metodológica) foi formalmente avaliado usando critérios apropriados? | S/PS/PN/N/SI |
| 1.5 Foram realizadas tentativas para minimizar o erro na avaliação do risco de viés? | S/PS/PN/N/SI |

Gradação do potencial risco de viés em relação aos métodos utilizados para coletar dados e avaliar estudos: ALTO/BAIXO/INCERTO

Justificativa:

S=SIM, PS=PROVAVELMENTE SIM, PN=PROVAVELMENTE NÃO, N=NÃO, SI=SEMINFORMAÇÃO

DOMÍNIO 4: SÍNTESE E RESULTADOS

Descreva os métodos de síntese:

- | | |
|--|--------------|
| A. A síntese de resultados incluiu todos os estudos que deveriam ser incluídos? | S/PS/PN/N/SI |
| B. Todas as análises pré-definidas foram seguidas ou as perdas de participantes foram explicadas? | S/PS/PN/N/SI |
| C. A síntese dos resultados foi apropriada, dada a natureza e a similaridade das questões de pesquisa, dos delineamentos de estudos e desfechos dos estudos incluídos? | S/PS/PN/N/SI |
| D. A variação entre os estudos (heterogeneidade) foi baixa ou abordada na síntese? | S/PS/PN/N/SI |
| E. Os resultados foram robustos (como demonstrado, por exemplo, pelo <i>funnel plot</i> ou análise de sensibilidade)? | S/PS/PN/N/SI |

Gradação do potencial risco de viés em relação à síntese e resultados: ALTO/BAIXO/INCERTO

Justificativa:

S=SIM, PS=PROVAVELMENTE SIM, PN=PROVAVELMENTE NÃO, N=NÃO, SI=SEMINFORMAÇÃO

Fase 3: Avaliando o risco de viés geral Resuma os problemas identificados durante a avaliação da Fase 2:

| Domínio | Gradação do potencial risco de viés | Justificativa |
|---|--|----------------------|
| 1. Critérios de elegibilidade dos estudos | | |
| 2. Identificação e seleção dos estudos | | |
| 3. Coleta de dados e avaliação do estudo | | |
| 4. Síntese e resultados | | |

| RISCO DE VIÉS NA REVISÃO | |
|---|--------------------|
| Descreva se as conclusões foram embasadas pela evidência: | |
| A. A interpretação dos achados considerou todos os riscos potenciais identificados na Fase 2? | S/PS/PN/N/SI |
| B. A relevância dos estudos para a pergunta de pesquisa foi adequadamente considerada? | S/PS/PN/N/SI |
| C. Os autores se preocuparam em não enfatizar os resultados com base apenas na sua significância estatística? | S/PS/PN/N/SI |
| Risco de viés da revisão | ALTO/BAIXO/INCERTO |

S=SIM, PS=PROVAVELMENTE SIM, PN=PROVAVELMENTE NÃO, N=NÃO, SI= SEM INFORMAÇÃO

Fonte: Brasil (2017).

ANEXO D – AVALIAÇÃO DO RISCO DE VIÉS DE ECR PELA FERRAMENTA DA COLABORAÇÃO COCHRANE

Tabela 1. Ferramenta da Colaboração Cochrane para avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados

| Domínio | Suporte para o julgamento | Julgamento do autor da revisão e critérios para julgamento |
|-----------------|--|---|
| Viés de seleção | Descrever em detalhe o método utilizado para gerar a sequência aleatória, para permitir avaliar se foi possível produzir grupos comparáveis. | Baixo risco de viés: Tabela de números randômicos; Geração de números randômicos por computador; Arremesso de moeda; Embaralhamento de cartões ou envelopes; Jogando dados; Sorteio; Minimização. Alto risco de viés: Sequência gerada por data par ou ímpar de nascimento; Sequência gerada por alguma regra com base na data (ou dia) de admissão; Sequência gerada por alguma regra baseada no número do prontuário do hospital ou clínica; Alocação pelo julgamento do profissional; Alocação pela preferência do participante; Alocação baseada em resultados de exames ou testes prévios; Alocação pela disponibilidade da intervenção. Risco de viés incerto: Informação insuficiente sobre o processo de geração da sequência aleatória para permitir julgamento. |

Continua...

Tabela 1. Continuação

| | | |
|---------------------|--|---|
| Viés de seleção | Descrever em detalhes o método utilizado para ocultar a sequência aleatória, para determinarmos se a alocação das intervenções pôde ser prevista antes ou durante o recrutamento dos participantes. | <p>Baixo risco de viés:</p> <p>Ocultação de alocação por uma central;</p> <p>Recipientes de drogas numerados de forma sequencial com aparência idêntica;</p> <p>Envelopes sequenciais numerados, opacos e selados.</p> <p>Alto risco de viés:</p> <p>Utilizando um processo aberto de randomização (exemplo: lista randômica de números);</p> <p>Envelopes sem critérios de segurança (exemplo: envelopes não selados, ou que não sejam opacos ou que não sejam numerados sequencialmente);</p> <p>Alternância ou rotação;</p> <p>Data de nascimento;</p> <p>Número de prontuário;</p> <p>Qualquer outro procedimento que não oculte a alocação.</p> <p>Risco de viés incerto:</p> <p>Informação insuficiente sobre o processo de geração da sequência aleatória para permitir julgamento. Este é o caso se estiver descrito que a ocultação foi realizada utilizando envelopes, mas não estiver claro se foram selados, opacos e numerados sequencialmente.</p> |
| Viés de performance | Descrever todas as medidas utilizadas para cegar participantes e profissionais envolvidos em relação a qual intervenção foi dada ao participante. Fornecer informações se realmente o cegamento foi efetivo. | <p>Baixo risco de viés:</p> <p>Estudo não cego ou cegamento incompleto, mas os autores da revisão julgam que o desfecho não se altera pela falta de cegamento;</p> <p>Cegamento de participantes e profissionais assegurado, e é improvável que o cegamento tenha sido quebrado.</p> <p>Alto risco de viés:</p> <p>Estudo não cego ou cegamento incompleto, e o desfecho é susceptível de ser influenciado pela falta de cegamento;</p> <p>Tentativa de cegamento dos participantes e profissionais, mas é provável que o cegamento tenha sido quebrado, e o desfecho é influenciado pela falta de cegamento.</p> <p>Risco de viés incerto:</p> <p>Informação insuficiente para julgar como alto risco e baixo risco de viés;</p> <p>O estudo não relata esta informação.</p> |
| Viés de detecção | Descrever todas as medidas utilizadas para cegar os avaliadores de desfecho em relação ao conhecimento da intervenção fornecida a cada participante. Fornecer informações se o cegamento pretendido foi efetivo. | <p>Baixo risco de viés:</p> <p>Não cegamento da avaliação dos desfechos, mas os autores da revisão julgam que o desfecho não pode ser influenciado pela falta de cegamento;</p> <p>Cegamento da avaliação dos desfechos foi realizado, e é improvável que o cegamento tenha sido quebrado.</p> <p>Alto risco de viés:</p> <p>Não houve avaliação cega dos desfechos, e os desfechos avaliados são influenciáveis pela falta de cegamento;</p> <p>Os avaliadores de desfechos foram cegos, mas é provável que o cegamento tenha sido quebrado, e o desfecho mensurado pode ter sido influenciado pela falta de cegamento.</p> <p>Risco de viés incerto:</p> <p>Informação insuficiente para julgar como alto risco e baixo risco de viés;</p> <p>O estudo não relata esta informação.</p> |

Tabela 1. Continuação

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| Viés de atrito | Descrever se os dados relacionados aos desfechos estão completos para cada desfecho principal, incluindo perdas e exclusão da análise. Descrever se as perdas e exclusões foram informadas no estudo, assim como suas respectivas razões. Descrever se houve reinclusão de algum participante. | Baixo risco de viés: Não houve perda de dados dos desfechos; Razões para perdas de dados não estão relacionadas ao desfecho de interesse; Perda de dados foi balanceada entre os grupos, com razões semelhantes para perda dos dados entre os grupos; Para dados dicotômicos, a proporção de dados perdidos comparados com o risco observado do evento não é capaz de induzir viés clinicamente relevante na estimativa de efeito; Para desfechos contínuos, estimativa de efeito plausível (diferença média ou diferença média padronizada) nos desfechos perdidos não é capaz de induzir viés clinicamente relevante no tamanho de efeito observado; Dados perdidos foram imputados utilizando-se métodos apropriados. |
| 5. Desfechos incompletos | | Alto risco de viés: Razões para perda de dados pode estar relacionada ao desfecho investigado, com desequilíbrio na quantidade de pacientes ou razões para perdas entre os grupos de intervenção; Para dados dicotômicos, a proporção de dados perdidos comparada com o risco observado do evento é capaz de induzir viés clinicamente relevante na estimativa de efeito; Para desfechos contínuos, estimativa de efeito plausível (diferença média ou diferença média padronizada) nos desfechos perdidos, capaz de induzir viés clinicamente relevante no tamanho de efeito observado. "As-treated" análise, feita com desvio substancial da intervenção recebida em relação à que foi randomizada; Imputação simples dos dados feita de forma inapropriada. |
| | | Risco de viés incerto: Relato insuficiente das perdas e exclusões para permitir julgamento (exemplo: número randomizado não relatado, as razões para perdas não foram descritas). |
| Viés de relato | Indicar a possibilidade de os ensaios clínicos randomizados terem selecionado os desfechos ao descrever os resultados do estudo e o que foi identificado. | Baixo risco de viés: O protocolo do estudo está disponível e todos os desfechos primários e secundários pré-especificados que são de interesse da revisão foram reportados de acordo com o que foi proposto; O protocolo do estudo não está disponível, mas está claro que o estudo publicado incluiu todos os desfechos desejados. |
| 6. Relato de desfecho seletivo | | Alto risco de viés: Nem todos os desfechos primários pré-especificados foram reportados; Um ou mais desfechos primários foram reportados utilizando mensuração, método de análise ou subconjunto de dados que não foram pré-especificados; Um ou mais desfechos primários reportados não foram pré-especificados (a não ser que uma justificativa clara seja fornecida para o relato daquele desfecho, como o surgimento de um efeito adverso inesperado); Um ou mais desfechos de interesse da revisão foram reportados incompletos, e não podem entrar na metanálise; O estudo não incluiu resultados de desfechos importantes que seriam esperados neste tipo de estudo. |
| | | Risco de viés incerto: Informação insuficiente para permitir julgamento. É provável que a maioria dos estudos caia nesta categoria. |
| Outros vieses | Declarar outro viés que não se enquadra em outro domínio prévio da ferramenta. | Baixo risco de viés: O estudo parece estar livre de outras fontes de viés. |
| 7. Outras fontes de viés | Se em protocolos de revisões forem pré-especificadas questões neste domínio, cada questão deve ser respondida. | Alto risco de viés: Alto risco relacionado ao delineamento específico do estudo; ou Foi alegado como fraudulento; Teve algum outro problema. |
| | | Risco de viés incerto: Informação insuficiente para avaliar se um importante risco de viés existe; ou Base lógica insuficiente de que um problema identificado possa introduzir viés. |

ANEXO E – OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE 2011 LEVELS OF EVIDENCE

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence

| Question | Step 1 (Level 1*) | Step 2 (Level 2*) | Step 3 (Level 3*) | Step 4 (Level 4*) | Step 5 (Level 5) |
|---|---|--|---|--|---------------------------|
| How common is the problem? | Local and current random sample surveys (or censuses) | Systematic review of surveys that allow matching to local circumstances** | Local non-random sample** | Case-series** | n/a |
| Is this diagnostic or monitoring test accurate? (Diagnosis) | Systematic review of cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding | Individual cross sectional studies with consistently applied reference standard and blinding | Non-consecutive studies, or studies without consistently applied reference standards** | Case-control studies, or "poor or non-independent reference standard**" | Mechanism-based reasoning |
| What will happen if we do not add a therapy? (Prognosis) | Systematic review of inception cohort studies | Inception cohort studies | Cohort study or control arm of randomized trial* | Case-series or case-control studies, or poor quality prognostic cohort study** | n/a |
| Does this intervention help? (Treatment Benefits) | Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trials | Randomized trial or observational study with dramatic effect | Non-randomized controlled cohort/follow-up study** | Case-series, case-control studies, or historically controlled studies** | Mechanism-based reasoning |
| What are the COMMON harms? (Treatment Harms) | Systematic review of randomized trials, systematic review of nested case-control studies, <i>n</i> -of-1 trial with the patient you are raising the question about, or observational study with dramatic effect | Individual randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect | Non-randomized controlled cohort/follow-up study (post-marketing surveillance) provided there are sufficient numbers to rule out a common harm. (For long-term harms the duration of follow-up must be sufficient.)** | Case-series, case-control, or historically controlled studies** | Mechanism-based reasoning |
| What are the RARE harms? (Treatment Harms) | Systematic review of randomized trials or <i>n</i> -of-1 trial | Randomized trial or (exceptionally) observational study with dramatic effect | | | |
| Is this (early detection) test worthwhile? (Screening) | Systematic review of randomized trials | Randomized trial | Non-randomized controlled cohort/follow-up study** | Case-series, case-control, or historically controlled studies** | Mechanism-based reasoning |

* Level may be graded down on the basis of study quality, imprecision, indirectness (study PICO does not match questions PICO), because of inconsistency between studies, or because the absolute effect size is very small; Level may be graded up if there is a large or very large effect size.

** As always, a systematic review is generally better than an individual study.

How to cite the Levels of Evidence Table

OCEBM Levels of Evidence Working Group*. "The Oxford 2011 Levels of Evidence".

Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>

* OCEBM Table of Evidence Working Group = Jeremy Howick, Iain Chalmers (James Lind Library), Paul Glasziou, Trish Greenhalgh, Carl Heneghan, Alessandro Liberati, Ivan Moschetti, Bob Phillips, Hazel Thornton, Olive Goddard and Mary Hodgkinson